جامعة النجاح الوطنية
كلية الدراسات العليا

التخطيط المكاني للخدمات الصحية في مدينة طولكرم وضواحيها باستخدام تقنية نظم المعلومات الجغرافية (GIS)

إعداد
سليم احمد سليم استيتة

إشراف
الدكتور علي عبد الحميد
الدكتور احمد رأفت غضيه

قدمت هذه الأطروحة استكمالا لمتطلبات درجة الماجستير في التخطيط الحضري والإقليمي بكلية الدراسات العليا في جامعة النجاح الوطنية. نابلس، فلسطين.

2009



التخطيط المكاني للخدمات الصحية في مدينة طولكرم وضواحيها باستخدام تقنية نظم المعلومات الجغرافية (GIS)

إعداد

سليم احمد سليم استيتة

نوقشت هذه الأطروحة بتاريخ 2009/6/15 وأجيزت



أعضاء لجنة المناقشة	التوقيع
1. الدكتور علي عبد الحميد (مشرفاً ورئيساً)	....
2. الدكتور أحمد رأفت غضية (مشرفاً ثانياً)	....
3. الدكتور حسين الريماوي (ممتحناً خارجياً)	....
4. الدكتور خالد الساحلي (ممتحناً داخلياً)	....

إهداء

إلى روح والدي الذي علمني العصامية...إلى والدتي الطيبة ...

إلى زوجتي العزيزة التي وقفت دائما إلى جانبي...إلى أبنائي الأعزاء

إلى إخوتي وأخواتي وعماتي وابن عمي العزيز الدكتور رزق

شكر وتقدير

أتقدم بجزيل الشكر والامتنان إلى أستاذي الدكتور علي عبد الحميد الذي وقف إلى جانبي وقدم لي كل مساعدة ممكنة لإتمام هذه الدراسة وكما أتقدم بجزيل الشكر والتقدير إلى الدكتور احمد رأفت غضيه لما بذلة من جهد ومساعدة على إتمام هذه الدراسة والشكر موصول إلى أعضاء لجنة المناقشة والى كل من شجعني وساعد في إتمام هذا العمل.

فهرس المحتويات

فهرس الجداول

فهرس الخرائط

التخطيط المكاني للخدمات الصحية في مدينة طولكرم وضواحيها
باستخدام تقنية نظم المعلومات الجغرافية (GIS)

إعداد
سليم احمد سليم استيتة
إشراف
د.علي عبد الحميد
د.احمد غضية

الملخص

تواجه معظم المدن الفلسطينية عدداً من المشاكل والتحديات، المتمثلة في سوء توزيع الخدمات العامة بشكل عام والخدمات الصحية بشكل خاص، وأيضاً تمركزها في وسط المدن وعدم مراعاة المعايير التخطيطية في توزيعها بما يتواكب مع الزيادة السكانية والتوسع العمراني واحتياجات السكان من هذه الخدمات.

وجاءت هذه الدراسة لتتناول موضوع التخطيط المكاني للخدمات الصحية في مدينة طولكرم وضواحيها باستخدام تقنيات نظم المعلومات الجغرافية (GIS).الهدف الرئيس لهذه الدراسة هو تحليل واقع التوزيع المكاني الحالي للخدمات الصحية، ومدى كفاءتها و ملاءمتها لمعايير التخطيط المكاني التي تلبي احتياجات المجتمع المحلي في مدينة طولكرم وضواحيها، وكذلك تقديم مقترح لتوزيع مكاني أفضل وكفؤ للخدمات الصحية في منطقة الدراسة، قد يساعد الجهات المعنية وأصحاب القرار باتخاذ الخطوات المناسبة لتطوير هذه الخدمة الحيوية.

واتبعت الدراسة في منهجيتها المنهج الوصفي والمنهج التحليلي بالارتكاز على نتائج التعداد السكاني الذي قام به الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني في عام 2007، ونتائج المسح الميداني الشامل الذي قام به الباحث للخدمات الصحية العامة المستشفيات والمراكز الصحية بما فيها المركز الصحي التابع لوكالة الغوث في مخيم طولكرم والصيدليات في منطقة الدراسة، بالإضافة إلى المخطط الهيكلي الحالي لمنطقة الدراسة كأساس في تحديد المناطق التخطيطية واحتساب مساحاتها وتوزع السكان عليها.

وتم إجراء التحليل والتقييم لواقع التوزيع المكاني للخدمات الصحية من خلال المقارنة بالمعايير التخطيطية للخدمات الصحية المعمول بها في بعض الدول المجاورة، ومن خلال استخدام أسلوب صلة الجوار ونطاق تأثير الخدمة والتوزيع الطبيعي حسب المساحة وعدد السكان.

أظهرت نتائج التحليل أن الخدمات الصحية، خاصة بما يتعلق بمراكز الرعاية الصحية الأولية والصيدليات في منطقة الدراسة، تعاني من سوء التوزيع وعدم كفايتها، مما يسبب ضغط على الخدمة ويؤثر سلبا على المستوى الصحي للسكان. وقد حددت الدراسة أماكن النقص وتم تقديم مقترح تخطيطي لإقامة أربع مراكز صحية ومقترح لإقامة تسعة صيدليات جديدة في منطقة الدراسة في أماكن محددة باستخدام تطبيقات نظم المعلومات الجغرافية (GIS).

وأوصت الدراسة بعدد التوصيات، كان أهمها إنشاء مستشفى عام في المنطقة، حيث أن المستشفى العام الحكومي الموجود في مدينة طولكرم هو المستشفى الوحيد في المحافظة وهو غير قابل للتوسعة الأفقية وفق المعايير التخطيطية ويعاني من ضغط الخدمة عليه يصل إلى ما يقارب ضعفي إمكاناته المتوفرة حاليا.كما أوصت الدراسة بضرورة العمل على تطوير هذه المراكز من النواحي العمرانية والإدارية والاحتياجات البشرية والتجهيزات الطبية الفنية لتخفيف الضغط على هذه المراكز وتقديم خدمة أفضل للمواطن.

كذلك أوصت الدراسة بترشيد منح التراخيص للصيدليات الجديدة في المناطق المكتظة بالصيدليات، وذلك لتشجيع فتح الصيدليات في مناطق الحاجة للخدمة ولتحقيق توزيع مكاني أكثر كفاءة.

وأخيراً، أوصت الدراسة بتطوير قاعدة البيانات المتعلقة بالصيدليات لدى وزارة الصحة وذلك لتسهيل المتابعة والإشراف والتخطيط حيث أن الأرشيف الموجود حالياً تقليدياً ولا يحقق الحد الأدنى المطلوب للتخطيط المستقبلي.

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

1.1 مقدمة.

2.1 مشكلة الدراسة وأهميتها.

3.1 أهداف الدراسة.

4.1 منطقة الدراسة.

5.1 خطة الدراسة ومنهجيتها.

6.1 مصادر المعلومات.

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

1.1 مقدمة:

التخطيط بشكل عام يعني ذلك الجهد الموجه والمقصود والمنظم لتحقيق أهداف معينة في فترة زمنية محددة وبتكلفة محددة، وكذلك يعرف التخطيط بأنة أسلوب أو منهج يهدف إلى دراسة جميع الموارد الجغرافية سواء أكانت موارد طبيعية أو بشرية في منطقة محددة دولة، إقليم، مدينة، قرية.وذلك بهدف الاستفادة من هذه الموارد بما يتناسب مع احتياجات وتطلعات سكان هذه المنطقة. وبحسب تعريف فريدمان "Friedman" للتخطيط فهو طريقة تفكير وأسلوب عمل منتظم لتطبيق أفضل الوسائل المعرفية من اجل توجيه وضبط عملية التغير الراهنة، بقصد تحقيق أهداف واضحة ومحددة متفق عليها (غنيم، 2001).

تعد الخدمات العامة نشاطا إنسانيا، لذلك تتشارك الكثير من العلوم في دراسة هذه الظاهرة وعليه فان تعريف الخدمات العامة وتقسيمها يختلف من توجه إلى آخر، وعليه فان الخدمات العامة تشمل خدمات التعليم والصحة والحدائق العامة والنوادي الرياضية والمراكز الاجتماعية والثقافية والإعلام والخدمات الدينية وغيرها من الخدمات العامة الأخرى.وتصنف أيضا استخدامات الأرض لإغراض الخدمات العامة كما يلي:- الخدمات التعليمية-الخدمات الصحية-الخدمات الدينية -والخدمات الإدارية، ويتم دراسة مواقع هذه الخدمات ونمط توزيعها وكذلك يتم دراسة وحدة الخدمة مثل المستشفيات في مجال الخدمات الصحية والمدارس في مجال الخدمات التعليمية والمساجد في مجال الخدمات الدينية، كذلك يتم دراسة النشاط الذي تؤديه هذه الخدمة، أي الصفة الوظيفية لهذه الخدمة وكذلك دراسة القوى العاملة في هذه الخدمات، ودراسة الخصائص العمرانية لمباني هذه الخدمات (العشاوي، 1998).

إن وجود الخدمات الصحية في مواضع ونقاط ثابتة ينتج عنه بعض الجور والظلم وعدم الإنصاف للسكان في مواقع أخرى، ولقد أثبتت الكثير من الدراسات بان هناك علاقة ما بين المستوى الصحي للسكان والبعد عن مواقع الخدمات الصحية لذلك فان المستوى الصحي يتحسن للسكان عن طريق:- إعادة التوزيع الجغرافي لمواقع هذه الخدمات بحيث تكون اقرب ما يكون إلى مواقع الكثافة السكانية – إقامة وفتح مراكز خدمية صحية جديدة مختارة بحيث تلبي حاجات السكان (المومني، 1994).

2.1 مشكلة الدراسة وأهميتها:

تعاني المناطق الفلسطينية من غياب التخطيط الوطني والإقليمي الشمولي وضعف التخطيط المحلي المكاني وغياب التنسيق بين هيئات ومؤسسات التخطيط المختلفة. وفي ظل الظروف السياسية غير المستقرة ومعوقات الاحتلال التي تعاني منها المناطق الفلسطينية فان مدينة طولكرم وضواحيها ومخيماتها كجزء من هذا الواقع تعاني من ضعف التخطيط المكاني للخدمات الصحية، حيث أن هذه الخدمات غير كافية وتعاني من التمركز وتوزيعها غير كفؤ لا يتفق والمعايير التي تلبي احتياجات المجتمع المحلي.

نتيجة للانتشار العمراني الآخذ في الاتساع والذي بدا يتجاوز مدينة طولكرم وضواحيها، وفي ظل الزيادة السكانية والضغط المتزايد على الخدمات الصحية، والتي تعاني من التمركز في وسط المدينة والتوزيع غير الكفؤ، تأتي هذه الدراسة لتحديد مشكلات التوزيع المكاني الحالي للخدمات الصحية في المنطقة، واستخدام التخطيط المكاني في تقديم مقترح بدائل لتوزيع مكاني أفضل، وكفؤ للخدمات الصحية قد يساعد الجهات المعنية وأصحاب القرار باتخاذ الخطوات المناسبة لتطوير هذه الخدمة الحيوية في منطقة الدراسة.

تبرز أهمية هذه الدراسة في الجوانب التالية:

(1) حداثة الموضوع الذي تتناوله وهو موضوع التخطيط المكاني للخدمات الصحية، لاسيما وان الدراسات التي تناولته ما زالت قليلة في فلسطين.

(2) كونها الدراسة الأولى التي تتناول موضوع التخطيط المكاني للخدمات الصحية في مدينة طولكرم، وضواحيها باستخدام تقنية نظم المعلومات الجغرافية (GIS).

(3) تعتبر هذه الدراسة إحدى الحلقات المكملة لدراسات مشابهة جرت في مناطق أخرى من فلسطين، مما سيشجع الباحثين في هذا المجال في إجراء المزيد من الدراسات، وبما يساهم في إثراء قاعدة المعلومات التي تحتاجها مستويات التخطيط المختلفة في فلسطين في هذا المجال.

3.1 أهداف الدراسة:

سعت هذه الدراسة إلى تحقيق مجموعة من الأهداف، أهمها:

(1) التعرف على واقع التوزيع المكاني الحالي للخدمات الصحية، ومدى كفاءتها وملاءمتها لمعايير التخطيط المكاني التي تلبي احتياجات المجتمع المحلي في مدينة طولكرم وضواحيها.

(2) تحديد مشكلات التوزيع المكاني الحالي للخدمات الصحية في منطقة الدراسة.

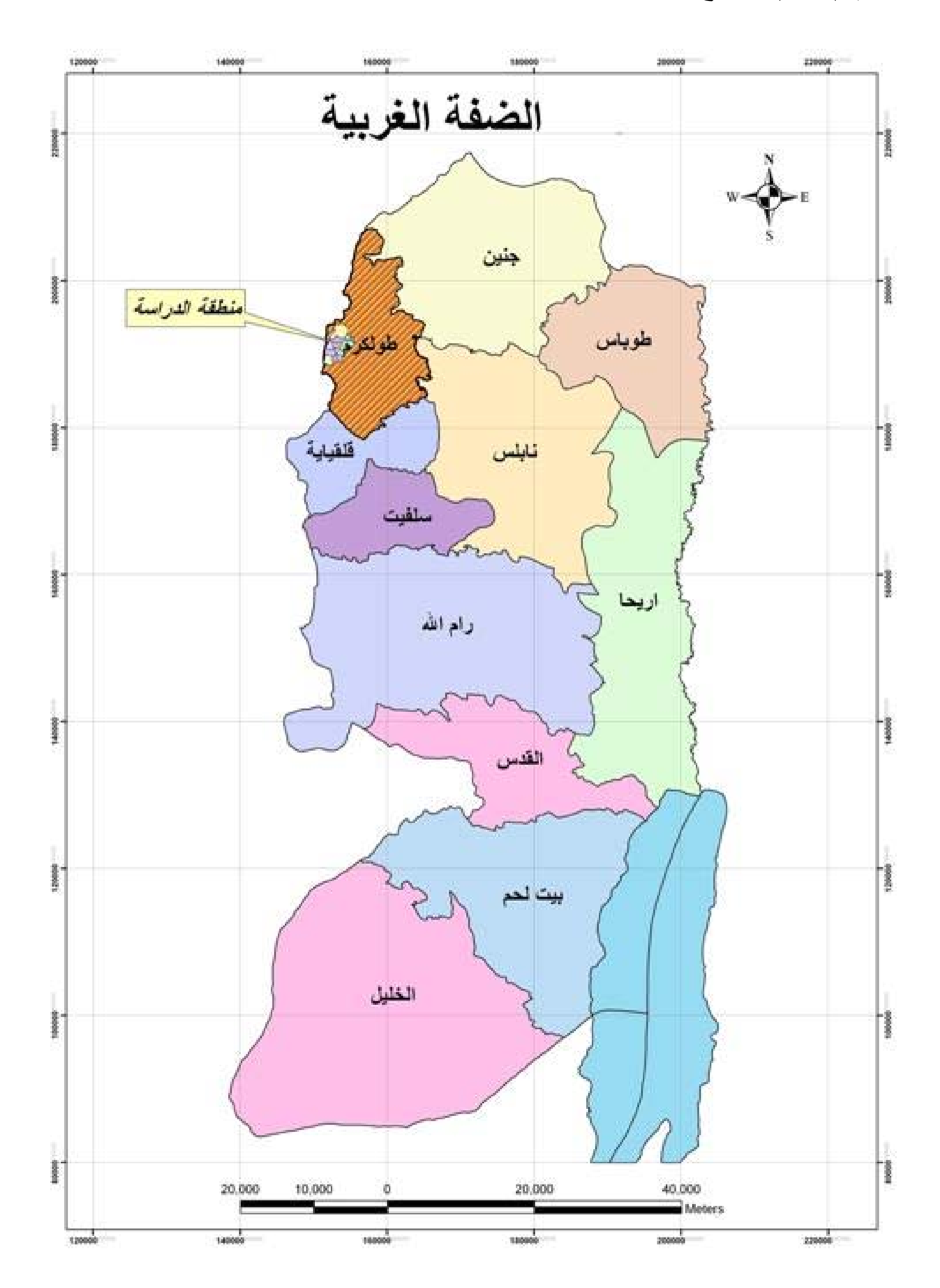
(3) تقديم مقترح بدائل لتوزيع مكاني أفضل وكفؤ للخدمات الصحية في منطقة الدراسة، قد يساعد الجهات المعنية وأصحاب القرار باتخاذ الخطوات المناسبة لتطوير هذه الخدمة الحيوية.

(4) إبراز أهمية التخطيط المكاني المستند إلى منهجية علمية، يتم من خلاله تحديد أولويات التوزيع المكاني للخدمات الصحية، والمستوى المطلوب لتلك الخدمة.

4.1 منطقة الدراسة:

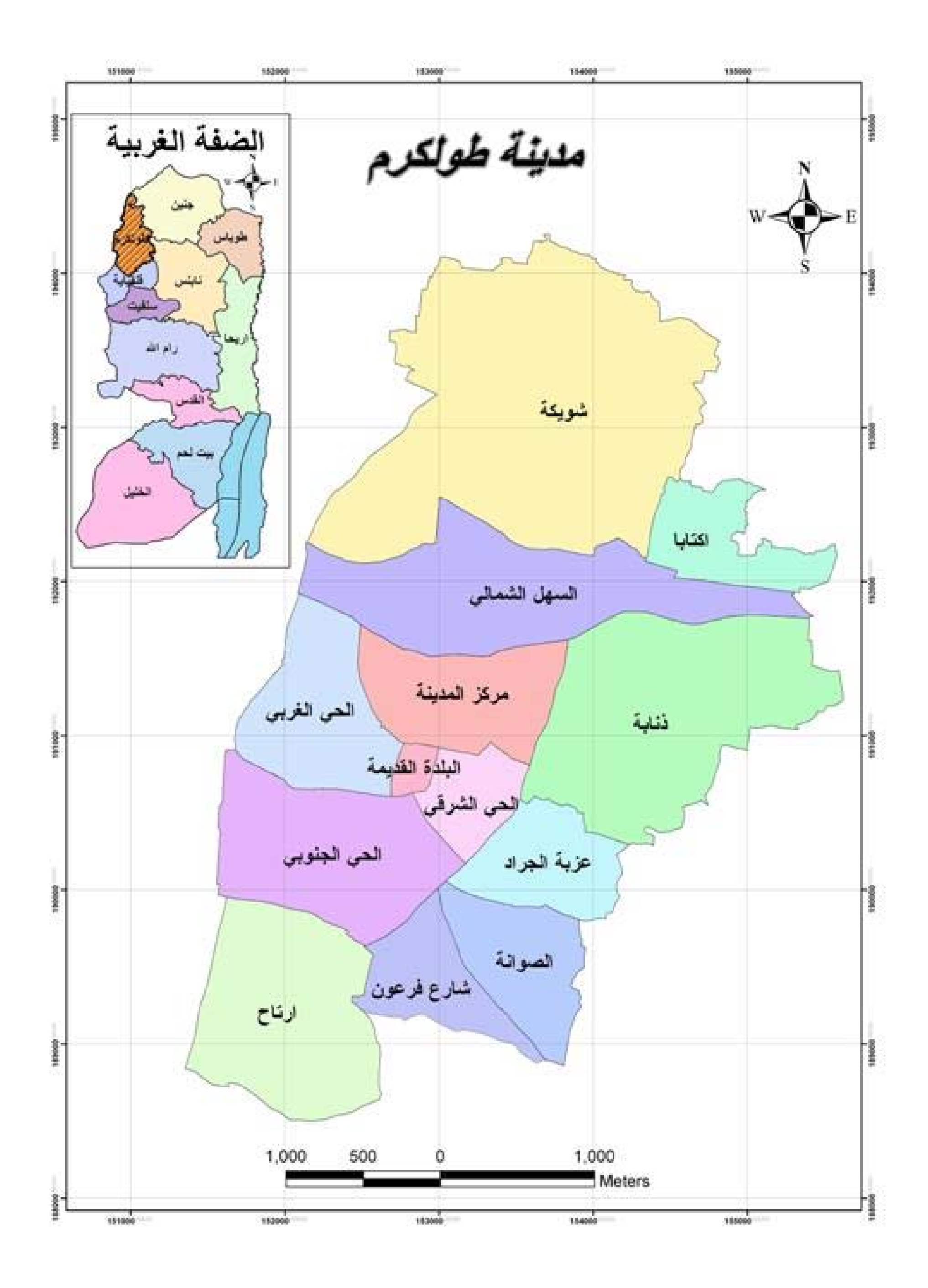
استهدفت هذه الدراسة منطقة مدينة طولكرم وضواحيها ومخيماتها، التـي تضـم 11 تجمعاً عمرانيا تشمل مدينة طولكرم وضاحية ارتاح وضاحية شويكة وضاحية ذنابـة ومخـيم طولكرم و اكتابا وضاحية السلام وعزبة الجراد وعزبة ناصر وعزبة الطياح وحـي الصـوانة ويبلغ عدد سكانها حسب تقديرات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني لعـام 2007 حـوالي 61860 نسمة. الخريطة (1-1) والخريطة (1-2) توضحان منطقة الدراسة.

خريطة رقم (1-1): موقع منطقة الدراسة.



المصدر: إعداد الباحث.

خريطة رقم (1-2):مدينة طولكرم.



المصدر: إعداد الباحث.

5.1 خطة الدراسة ومنهجيتها:

استندت الدراسة في منهجيتها بشكل أساسي على المنهج الوصــفي والمــنهج التحليلــي والمنهج الاستقرائي.وارتكزت خطة الدراسة على الأطر التالية:

1- **الإطار النظري:**

ويشمل هذا الإطار الاطلاع على المصادر، المراجع، الدراسات والأبحاث وما تحــوي من نظريات ومفاهيم تتعلق بموضوع الدراسة.

2- **إطار جمع المعلومات:**

ويشمل الدراسة الميدانية ودراسة واقع التوزيع الحالي للخــدمات الصــحية وكفاءتهــا والتعرف على المشاكل التي تواجه تلك الخدمة في منطقة الدراسة.

3- الإطار التحليلي والتقييم:

تحليل وتقييم التوزيع المكاني الحالي للخدمات الصحية، ومــدى كفاءتهــا، وتحقيقهــا للمعاير التي تلبي احتياجات المجتمع المحلي في منطقة الدراسة.

6.1 مصادر المعلومات:

ارتكزت الدراسة على مصادر المعلومات التالية:

المصادر المكتبية:وتشمل الكتب والمراجع ورسائل الماجستير والدوريات التي تتعلق بموضوع الدراسة.

(1) المصادر الرسمية:وتشمل إحصاءات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، بلدية طولكرم، وزارة الصحة، وكالة غوث اللاجئين (UNRWA).

(2) مصادر غير رسمية:النشرات والتقارير التي تصدر عن المؤسسات الأهلية.

(3) المصادر الشخصية:المسح الميداني والمقابلات الشخصية.

الفصل الثاني

الإطار النظري للدراسة

1.2 تمهيد.

2.2 مفهوم التخطيط .

3.2 التخطيط المكاني.

4.2 مفهوم التخطيط المكاني المحلي.

5.2 أهداف التخطيط المكاني المحلي.

6.2 التخطيط المكاني للخدمات العامة.

7.2 معايير تخطيط الخدمات العامة.

1.7.2 الخدمات التعليمية.

2.7.2 الخدمات الثقافية.

3.7.2 الخدمات الدينية.

4.7.2 الخدمات البريدية.

5.7.2 الخدمات الأمنية.

6.7.2 خدمات الدفاع المدني.

7.7.2 الخدمات التجارية.

8.7.2 الخدمات الترفيهية.

الفصل الثاني

الإطار النظري للدراسة

1.2 تمهيد:

يتناول هذا الفصل من الدراسة الخلفية النظرية والعلمية،وذلك من خلال التعرف على المفاهيم والتعريفات والمصطلحات المتعلقة بموضوع الدراسة،بما يمكن من انجاز الدراسة وفق أسس ومعايير علمية ومعرفية ووفق منهج علمي سليم.

تم في هذا الفصل،استعراض المفاهيم المتعلقة بالتخطيط بشكل عام،والتخطيط المكاني تعريفه وموقعه من التخطيط،وخاصة التخطيط المكاني المحلي،وكذلك استعراض المفاهيم الأساسية المتعلقة بتخطيط الخدمات العامة،والمعايير التخطيطية المتعلقة بها،وخاصة الأساسية منها،مثل خدمات التعليم:رياض الأطفال والمدارس،والخدمات الثقافية:المكتبات العامة الفرعية والمركزية،والخدمات الدينية:المسجد المحلي والمسجد الجامع،وخدمات مكاتب البريد الفرعية والرئيسية،والخدمات الأمنية،مكاتب الشرطة المحلية والرئيسية،وخدمات الدفاع المدني، الإطفاء ومقاومة الحريق،والخدمات التجارية على مستوى المجاورة والحي السكني ومركز المدينة،والخدمات الترفيهية،كالحدائق العامة والملاعب والمتنزهات والتخييم،حيث تم تناول المعايير التخطيطية لهذه الخدمات بشكل موجز،وجري التركيز بشكل أساسي وموسع على المعايير التخطيطية،المتعلقة بتخطيط الخدمات الصحية موضوع الدراسة،حيث تم التركيز على التخطيط المكاني للخدمات الصحية،من ناحية المفاهيم ومعايير توزيع تلك الخدمة الحيوية بمستوياتها المختلفة.

2.2 مفهوم التخطيط:

التخطيط له فلسفة ونظرية لم يتم صياغتها الصياغة المثلى بعد.وكل ما هنالك هو وجود مجموعة من الأسس العامة تم التعرف عليها وأصبحت مقبولة بصفة عامة وصالحة للوصف منها:

– التخطيط هو أسلوب علمي للتفكير يستمر يوما بعد يوم مع الحياة – يبدأ بوجود مشكلة تدرس ويحضر لها بدائل من الحلول يختار أحدها وينفذ ويقيم وهكذا.

– التخطيط هو تطبيق للأسس والمبادئ التي تنمو طبقا لسنن وقوانين طبيعة الأشياء – وهو نظام ينمو طبقا لهذه القوانين الطبيعية ويبحث عن الانسجام والتجانس.يربط الأجزاء إلى الكل والكل إلى الأجزاء ويعطي كل جزء مكانه الحقيقي في إطار هذا النظام حسب قيمته وأهميته ووظيفته.

– التخطيط هو نشاط يهدف إلى التنظيم والتنسيق بين أنواع أنشطة الإنسان المختلفة في المكان والاستعداد الفعلي لتوقعات أنشطة جديدة وتهيئة الظروف التي يتحقق منها أقصى قدر من النفع.(علام،1982).

مما سبق واستنادا إلى مراجع أخرى حول مفهوم التخطيط تتوافق وأهداف هذه الدراسة يمكن القول:أن التخطيط هو المحاولات الجادة لدراسة الأوضاع الحالية تمهيدا لاقتراح تصور أو وضع جديد يكون متمشيا مع تطلعات المجتمع.وأيضا هو تحديد أهداف معينة من خلال وضع الأساليب والإجراءات الكفيلة بتحقيق هذه الأهداف بأقل تكلفة.

وهو اختيار أحسن البدائل المتاحة وانسبها لتحقيق هدف أو أهداف محددة ومتفق عليها.هو جهد مقصود ومنظم لتحقيق هدف أو أهداف معينة في فترة زمنية محددة وبتكلفة وجهد محددين.

وهو أسلوب أو منهج علمي يهدف إلى دراسة جميع الموارد والإمكانيات المتاحة وغير المتاحة المستغلة وغير المستغلة في منطقة معينة ومن ثم استخدامها بشكل ملائم ومتوازن وعقلاني ومستدام ضمن مدة زمنية محددة ويتمشى مع احتياجات وتطلعات المجتمع.

التخطيط هو موضوع مطلق،يمكن أن يكون موضوعا اقتصاديا اجتماعيا أو عمرانيا،- وغالبا ما تصحب كلمة تخطيط صفة ما مثل:تخطيط قومي- تخطيط إقليمي- تخطيط محلي - تخطيط اجتماعي- تخطيط اقتصادي - تخطيط فيزيائي(عمراني).

(علام،1982).

ومهما كان نوع التخطيط فانه:أسلوب علمي يهدف إلى دراسة جميع أنواع الموارد والإمكانات الطبيعية والبشرية المتوفرة في الدولة أو الإقليم أو المدينة أو القرية،أو المؤسسة وتحديد كيفية استخدام هذه الموارد والإمكانات في تحقيق أهداف محددة أو تحسين أوضاع معيشية،بشرط أن يكون الاستخدام محققا لأكبر قدر من الانتاج ومساعدا على تحقيق قدر كبير من التنمية.(الصقار،1994).مما سبق يمكن استخلاص المفهوم الشامل للتخطيط وهو التالي:

إن مفهوم التخطيط بشكل عام يعني ذلك الجهد الموجه والمقصود والمنظم لتحقيق أهداف معينة في فترة زمنية محددة وبتكلفة محددة،وكذلك يعرف التخطيط بأنه أسلوب أو منهج يهدف إلى دراسة جميع الموارد الجغرافية سواء أكانت موارد طبيعية أو بشرية في منطقة محددة دولة، إقليم،مدينة،قرية.وذلك بهدف الاستفادة من هذه الموارد بما يتناسب مع احتياجات وتطلعات سكان هذه المنطقة،"فريدمان"في تعريفة للتخطيط أنة طريقة تفكير وأسلوب عمل منتظم لتطبيق أفضل الوسائل المعرفية من اجل توجيه وضبط عملية التغير الراهنة،بقصد تحقيق أهداف واضحة ومحددة متفق عليها.(غنيم،2001).

بناءً على هذا المفهوم الشامل للتخطيط وما سبق من مفاهيم نستطيع تلخيص أهميته و أهدافه بالتالي:

– تحقيق العدالة الاجتماعية عن طريق توزيع وإعادة توزيع الدخول والخدمات بين المناطق والأقاليم بشكل مقبول.

– الاستغلال الأنسب والمستدام للموارد الطبيعية والتوظيف السليم للموارد البشرية.

– تحقيق معدلات نمو اقتصادي عالية وتحسين مستوى معيشة ونوعية حياة السكان.

– التوزيع العادل لعائدات النمو الاقتصادي ومكاسب التنمية طبقيا وإقليميا.

– المساهمة في وضع الحلول المناسبة والموضوعية للمشكلات الاقتصادية والسكانية والبيئية. (عبد الحميد،2007).

3.2 التخطيط المكاني:

المفهوم العام للتخطيط المكاني هو مجموعة من الإجراءات المرحلية المقصودة والمنظمة والمشرعة التي تنفذ في فترة زمنية محددة وعلى مستوى أو عدة مستويات مكانية وبجهد جماعي تعاوني جاد تستخدم فيه أدوات ووسائل متعددة تحقق استغلال انسب ومستدام للموارد الطبيعية والبشرية الكامنة والمتاحة وبشكل يعمل على إحداث التغيير المطلوب والمرغوب في المجتمع مع توجيه وضبط ومتابعة لهذا التغيير في جوانب الحياة المختلفة لمنع حدوث أي أثار سلبية.(عبد الحميد،2007).

من خلال هذا المفهوم للتخطيط المكاني الذي يحدد أن التخطيط المكاني يمكن استخدامه في عدة مستويات منها الوطني والإقليمي والمحلي.تم التركيز هنا على التخطيط المحلي بالرغم من أهمية التخطيط لباقي المستويات،لان موضوع الدراسة هنا معني أكثر في المستوى المحلي.

4.2 مفهوم التخطيط المكاني المحلي:

يمثل التخطيط المكاني المحلي المستوى الثالث من مستويات التخطيط المكانية الأخرى حيث يتعامل مع منطقة جغرافية محددة،قد تتفاوت في سعتها لتشمل المدينة أو القرية،أو المدينة وضواحيها أو عدة مدن وقرى(المنطقةالميتروبوليتانية–المدن الكبرى).

ويركز التخطيط المحلي على الجوانب العمرانية،أو التخطيط الفيزيائي،إن ذلك لا ينفي تعامله مع الجوانب الاجتماعية والاقتصادية والبيئية المؤثرة في حياة الأفراد والمجتمعات كتحسين نظام توزيع الخدمات الاجتماعية،أو تطوير خطوط النقل العام ونظامه،أو وضع برنامج للحفاظ التاريخي والتراثي.(عبد الحميد،2007).

5.2 أهداف التخطيط المكاني المحلي:

من أهم أهداف التخطيط المكاني المحلي إضافة للأهداف الاقتصادية والعمرانية،هي الأهداف والمقاصد الاجتماعية:

وهي الإجراءات أو المشاريع التي تحقق خدمات تؤدي إلى رفع المستوى الثقافي أو الصحي للمجتمع،وتلك التي توفر وسائل الترويح والترفيه له،وكذلك التي تحقق وتنمي الروابط الاجتماعية بين السكان بمختلف شرائحهم الاجتماعية.ومن أمثلة ذلك:توفير المؤسسات التعليمية ،وتامين الخدمات الصحية،تأسيس مراكز ثقافية ونوادٍ رياضية.

(عبد الحميد،2007).

6.2 التخطيط المكاني للخدمات العامة:

مفهوم الخدمات العامة:

تعد الخدمات العامة نشاطا إنسانيا لذلك تتشارك الكثير من العلوم في دراسة هذه الظاهرة وعليه فان تعريف الخدمات العامة وتقسيمها يختلف من توجه إلى آخر،وعليه فان الخدمات العامة تشمل خدمات التعليم والصحة والحدائق العامة والنوادي الرياضية والمراكز الاجتماعية والثقافية والإعلام والخدمات الدينية وغيرها من الخدمات العامة الأخرى وتصنف أيضا استخدامات الأرض لأغراض الخدمات العامة كما يلي:الخدمات التعليمية،الخدمات الصحية،الخدمات الدينية،والخدمات الإدارية ويتم دراسة مواقع هذه الخدمات ونمط توزيعها وكذلك يتم دراسة وحدة الخدمة مثل المستشفيات في مجال الخدمات الصحية والمدارس في مجال الخدمات التعليمية والمساجد في مجال الخدمات الدينية،كذلك يتم دراسة النشاط الذي تؤديه هذه الخدمة ،أي الصفة الوظيفية لهذه الخدمة وكذلك دراسة القوى العاملة في هذه الخدمات،ودراسة الخصائص العمرانية لمباني هذه الخدمات.(العشاوي،1998).

تقاس أهمية الخدمات العامة بقدرتها على تلبية احتياجات السكان بأقل جهد وزمن وتكلفة،وهذا يتطلب أن يكون موقع الخدمة قريبا من مركز الثقل السكاني أي الكثافة السكانية في المدينة وبالتالي يلاحظ عادة أن أحياء الوسط تكون ذات كثافة سكانية عالية وأيضا مخدومة ولكن كلما اتجهنا إلى خارج المركز يقل انتشار مواقع الخدمة.(الشريعي،1995).

بما أن الخدمات العامة تتناول التعليم والصحة والحدائق العامة والنوادي الرياضية والمراكز الاجتماعية والثقافية والإعلام والخدمات السياحية والمساجد والكنائس وغيرها من الخدمات الأخرى ولتسهيل عملية البحث وجمع بيانات هذه القطاعات يقسم القطاع الواحد إلى(علام،1983):

- وحدات الخدمة التي تقوم بتأدية النشاط كالمدارس بمختلف أنواعها ومستوياتها في قطاع التعليم والمستشفيات في مجال الصحة.

- النشاط الذي يؤديه القطاع كتعليم التلاميذ وعلاج المرضى.

- القوى العاملة التي تقوم بتأدية النشاط كالمدرسين والأطباء في المجالين السابقين.

- الأرض والمباني والأثاث التي يستخدمها النشاط لتأدية الخدمة كالمدارس والفصول والملاعب والمستشفيات والعنابر والأسرة وغرف العمليات.

- الأجهزة التي يستخدمها النشاط كالمعامل المدرسية والأجهزة الطبية.

- الأدوات والمواد التي يستهلكها النشاط لتأدية الخدمة كالكتب والأدوية.

بناءً على ذلك يمكن تحديد البيانات والمعلومات المطلوب تجميعها في القطاع الصحي موضوع الدراسة كالتالي(علام،1983):

- وحدات الخدمة:دور الإسعاف–مراكز رعاية الأمومة والطفولة–الوحدات الصحية (أو العيادات الخارجية) المستشفيات المحلية – المستشفيات المركزية – المستشفيات العامة – المستشفيات المتخصصة (صدر،قلب،..الخ) – صيدليات – مختبرات.

- النشاط : عدد المرضى المترددين على العيادات الخارجية والداخلية وأنواع الأمراض وعدد الأسرة.

- القوى العاملة : الأخصائيون – الممارسون العامون (الأطباء البشريون)– أطباء الأسنان – الصيادلة – الأخصائيون الاجتماعيون والنفسيون – الممرضين والممرضات

- معاونو الصحة – الفنيون العاملون على الأجهزة وفي المختبرات وغيرهم.

- الأرض والمباني:الأرض ومساحتها والمباني المقامة عليها واستعمالاتها كالعنابر وغرف العمليات.

- الأجهزة الميكانيكية والكهربائية كأجهزة غرف العمليات والمصاعد.

- الأدوات والمواد المستهلكة كالأدوية.

7.2 معايير تخطيط الخدمات العامة:

المعايير التخطيطية للخدمات هي الوحدات المعيارية لكل خدمة بأنواعها(الصحة – التعليم – الترفية...) طبقا للمستوى الذي يمكن قبوله سواء من حيث المساحة أو العدد،أوهي وحدات المعايرة التي تحكم البيئة العمرانية بما فيها من نواحٍ اجتماعية أو سكانية أو اقتصادية.ويتم اللجوء إلى تقسيم المدن عند تخطيطها إلى وحدات أو مناطق تخطيطية مما يؤدي إلى السهولة في توزيع مراكز الخدمات بمستوياتها المختلفة،ومع اختلاف مسميات تلك الوحدات وتعريفها فمن المفاهيم الشائعة التالي((أ) وزارة الشؤون البلدية والقروية،2005.):

1- المجموعة السكنية: وهي مجموعة من المباني السكنية تحتوي على تجمعات أسرية تبلغ في مجملها من 900-1200 نسمة ويمكن أن تزيد أو تنقص عن ذلك في تلك الحدود.

2- المجاورة السكنية: فكرة المجاورة السكنية أساسا اعتمدت على مسافة السير على الأقدام لتلاميذ المدرسة الابتدائية وهذه المسافة (500 متر) ولكن قد لاينطبق هذا المفهوم الآن على المجاورات السكنية حيث يستخدم تلاميذ المجاورة السيارات في الذهاب والعودة من المدرسة،والمجاورة تضم عدة مجموعات سكنية وعلى هذا الأساس يمكن تحديد مساحة المجاورة السكنية بعد معرفة عدد سكانها الذي يتراوح من 3-6 ألاف نسمة وتكون المساحة من 25-100 هكتار وهي تقل عند ازدياد الكثافة السكانية وفكرة المجاورة ليست جامدة بل تعتمد على المرونة حسب ظروف المدن القائمة.

3- الحي السكني:هو منطقة سكنية يحتوي على عدة مجاورات (3-5 مجاورة) بحيث يتراوح عدد سكانه من 10000 إلى 15000 نسمة وممكن أن يزيد أو ينقص على ذلك.

القطاع السكني: هو منطقة سكنية يحتوي على عدة أحياء (3-5 أحياء) بحيث يتراوح عدد سكانه بين 30-45 ألف نسمة ويمكن أن يزيد أو ينقص عن ذلك((أ) وزارة الشؤون البلدية والقروية،2005.).

4- مركز المدينة أو(القلب التجاري)- Central Business District

هو المركز الرئيس للمدينة وبؤرة نشاطها الداخلي وملتقى الأعمال الخارجية فيها فتتمركز به مكاتب الأعمال التجارية الكبرى وشركات التامين والمحلات التجارية والبنوك والفنادق، وتزداد كثافة المحلات التجارية به ازديادا ينتج عنه ارتفاع ملموس في أسعار الأراضي وينعكس ذلك على ارتفاع المباني به،وكذلك يعد هذا الحي بؤرة كثافة المرور في المدينة حيث تنتهي إليه معظم الطرق الرئيسة التي تربط المدينة بإقليمها،وبالمدن الأخرى خارج الإقليم،(ابو عيانة،1999).

وقبل أن يتم استعراض معايير تخطيط الخدمات استنادا للمفاهيم الواردة أعلاه لا بد من الحديث عن مفهوم أساسي يستند إليه توزيع الخدمات وهو نطاق الخدمة والذي يعرف كالتالي:هو الحدود المكانية لخدمة ما من الخدمات التي تغطي السكان الواقعين فيها والتي تؤمن لهم الحصول على الخدمة،والشكل النظري لها يكون على هيئة دائرة مركزها الخدمة ومحيطها الحد الأقصى للمسافة بين الخدمة والسكان المخدومين.

بناءً على ما سبق سيتم استعراض معايير تخطيط أهم الخدمات العامة الأساسية بشكل موجز وسيتم عرض معايير تخطيط الخدمات الصحية موضوع الدراسة بشيء من التفصيل كما يلي:

1.7.2 الخدمات التعليمية:

وتتشمل التالي((ب) وزارة الشؤون البلدية والقروية،2005.):

أ- رياض الأطفال:

رياض الأطفال عبارة عن الوحدات التعليمية التي تؤدي هذه الخدمة ورعاية الأطفال في المرحلة التي تسبق مرحلة التعليم الابتدائي،وتقوم بخدمة فئة السن (4-6) سنوات للبنين والبنات.والجدول(2-1) التالي يوضح معايير تحديد الاحتياج من رياض الأطفال.

جدول رقم (2-1) المعدلات التخطيطية لرياض الأطفال

البيان	من	إلى	ملاحظات
عدد السكان المخدومين	1500	3000	مستوى مجموعة سكنية ومجاورة سكنية
نطاق الخدمة بالمتر	200	300	
العدد الإجمالي للأطفال من إجمالي السكان المخدومين	90	180	
عدد الفصول	2	8	
نصيب الطفل من المساحة (م2-طفل)	5	10	

المصدر: (ب) وزارة الشؤون البلدية والقروية-الرياض، 2005.

ب- المدرسة الابتدائية:

تخدم المدرسة الابتدائية الفئة العمرية (6-12سنة) للبنين والبنات، وتعتبر المرحلة الأولى من مراحل التعليم.ويوضح الجدول (2-2) معايير تحديد الاحتياج من المدارس الابتدائية.

ج- المدرسة المتوسطة:

تخدم المدرسة المتوسطة الفئة العمرية (12-15 سنة) وتعتبر المرحلة الثانية من مراحل التعليم والجدول (2-3) يوضح معايير الاحتياج من المدارس المتوسطة.

جدول رقم (2–2) المعدلات التخطيطية للمدارس الابتدائية

البيان	من	إلى	ملاحظات
عدد السكان المخدومين	3000	6000	مستوى مجاورة سكنية
نطاق الخدمة بالمتر	–	500	
العدد الإجمالي للتلاميذ من إجمالي العدد المخدوم	480	960	بنين وبنات
عدد التلاميذ بالمدرسة (السعة)	240	720	للبنين أو البنات
عدد الفصول	12	24	
عدد التلاميذ بالفصل الواحد	20	30	
نصيب التلميذ من المساحة (م2–تلميذ)	15	25	

المصدر: (ب) وزارة الشؤون البلدية والقروية–الرياض، 2005.

جدول رقم (2–3) المعدلات التخطيطية للمدارس المتوسطة

البيان	من	إلى	ملاحظات
عدد السكان المخدومين	6000	10000	مستوى مجاورة أو أكثر من مجاورة أو حي سكني
نطاق الخدمة بالمتر	–	750	
العدد الإجمالي للطلاب من إجمالي العدد المخدوم	450	900	بنين وبنات
عدد الطلاب بالمدرسة (السعة)	240	600	للبنين أو البنات
عدد الفصول	12	20	
عدد الطلاب بالفصل الواحد	20	30	
نسبة الطالب من المساحة (م2–طالب)	25	30	

المصدر: (ب) وزارة الشؤون البلدية والقروية–الرياض، 2005.

د- المدرسة الثانوية:

المدارس الثانوية تمثل المرحلة الثالثة من التعليم وتخدم فئة السن بين (15-18 سنة) للبنين والبنات والجدول (2-4) يوضح معايير تحديد الاحتياج من المدرسة الثانوية.

جدول رقم (2-4) المعدلات التخطيطية للمدارس الثانوية

البيان	من	إلى	ملاحظات
عدد السكان المخدومين	10000	20000	في حدود حي سكني او اكثر
نطاق الخدمة بالمتر	-	2500	
العدد الإجمالي للطلاب من إجمالي العدد المخدوم	1750	2800	بنين وبنات
عدد الطلاب بالمدرسة (السعة)	260	900	للبنين أو البنات
عدد الفصول	18	30	
عدد الطلاب بالفصل الواحد	20	30	
نسبة الطالب من المساحة (م2-طالب)	25	30	

المصدر: (ب) وزارة الشؤون البلدية والقروية-الرياض، 2005.

2.7.2 **الخدمات الثقافية:**

وتشمل التالي:

أ- المكتبات الفرعية:

هي تلك المكتبات التي تتواجد على مستوى الأحياء، وتتكون من قاعات للقراءة والاطلاع وبعض الخدمات والجدول (2-5) يوضح معايير تحديد الاحتياج من المكتبات الفرعية ((ب) وزارة الشؤون البلدية والقروية,2005.).

جدول رقم (2–5) المعايير التخطيطية للمكتبات الفرعية

البيان	من	إلى	ملاحظات
عدد السكان المخدومين	3000	4000	مستوى حي أو أكثر من حي اوقطاع سكني أو على مستوى المدينة إذا قل عدد سكانها عن 40 نسمة
نطاق الخدمة بالكيلومتر	–	5	
عدد المقاعد لكل ألف نسمة	1.5	2	
مساحة الموقع لكل مقعد (م2)	15	25	

المصدر: (ب) وزارة الشؤون البلدية والقروية–الرياض، 2005.

ب– المكتبات المركزية:

وهي تلك المكتبات التي تتواجد على مستوى المدن، وتتكون من قاعات للقراءة والاطلاع وصالات متعددة الأغراض (اجتماعات، معارض، مسرح، مؤتمرات) وقاعات للحاسب الآلي والانترنت بالإضافة إلى الخدمات من مخازن وكفتيريات ..الخ.والجدول (2–6) يوضح معايير تحديد الاحتياج من المكتبات المركزية. ((ب) وزارة الشؤون البلدية والقروية، 2005).

جدول رقم (2-6) المعدلات التخطيطية للمكتبات المركزية

البيان	من	إلى	ملاحظات
عدد السكان المخدومين	50000		المدينة والتجمعات المحيطة
نطاق الخدمة بالكيلو بالمتر	-	30	
عدد المقاعد لكل ألف نسمة	1.5	2	
مساحة الموقع لكل مقعد (م2)	25	40	

المصدر: (**ب**) وزارة الشؤون البلدية والقروية-الرياض، 2005.

3.7.2 **الخدمات الدينية:**

وتشمل التالي((ب) وزارة الشؤون البلدية والقروية،2005.):

أ- المسجد المحلي:

يعد المسجد المحلي نواة المجموعة السكنية،حيث يوفر الخدمة الدينية لحجم سكاني محدود (750-1500 نسمة). والجدول (2-7) يوضح معايير تحديد الاحتياج من المساجد المحلية.

جدول رقم (2-7) المعدلات التخطيطية للمساجد المحلية

البيان	من	إلى	ملاحظات
عدد السكان المخدومين	750	1500	مستوى مجموعة سكنية أو أكثر
نطاق الخدمة بالكيلو بالمتر	150	200	
عدد المصلين الرجال من إجمالي السكان المخدومين (السعة)	300	600	لا يشترط توفير مصلى للنساء
نصيب المصلي من المساحة (م2-مصلي)	1.2	1.3	

المصدر: (ب) وزارة الشؤون البلدية والقروية-الرياض، 2005.

ب- المسجد الجامع:

المسجد الجامع يتواجد كعنصر بارز في مراكز المجاورات والأحياء السكنية، أو في التجمعات والقرى، كمسجد لإقامة صلاة الجمعة إضافة إلى القيام بوظيفة المسجد المحلي في أداء باقي الصلوات حيث يوفر الخدمة الدينية لحجم سكاني من (3000-7500 نسمة).

والجدول (2-8) يوضح معايير تحديد الاحتياج من المسجد الجامع (وزارة الشؤون البلدية والقروية، 2005.).

جدول رقم (2-8) المعدلات التخطيطية للمسجد الجامع

البيان	من	إلى	ملاحظات
عدد السكان المخدومين	3000	7500	مستوى مجاورة سكنية أو حي في حدود الحد الأقصى للسكان المخدومين
نطاق الخدمة بالمتر	500	800	
عدد المصلين الرجال من إجمالي العدد المخدوم (السعة)	1200	3000	
عدد المصليات النساء من إجمالي العدد المخدوم (السعة)	200	500	
نصيب المصلي من المساحة (م2-مصلي)	1.5	1.8	

المصدر: (ب) وزارة الشؤون البلدية والقروية-الرياض، 2005.

4.7.2 **الخدمات البريدية:**

وتشمل التالي: (وزارة الشؤون البلدية والقروية، 2005.).

أ- مكاتب البريد الفرعية:

وهي تلك المكاتب التي توفر الخدمة البريدية على مستوى الأحياء.والجدول (2-9) يوضح معايير تحديد الاحتياج من مراكز البريد الفرعية.

جدول رقم (2-9) المعدلات التخطيطية لمراكز البريد الفرعية

البيان	من	إلى	ملاحظات
عدد السكان المخدومين	10000	15000	على مستوى الحي
نطاق الخدمة بالكيلومتر	0.5	1	
نصيب الفرد من المساحة (م2)	0.04	0.07	

المصدر: (ب) وزارة الشؤون البلدية والقروية-الرياض، 2005.

ب- مراكز البريد الرئيسية:

وهي تلك المراكز التي توفر الخدمة البريدية على مستوى المدينة ككل أو عدة أحياء.حيث تقدم الخدمة البريدية في صورة تسليم وتسلم الخطابات والطرود ونقلها إلى المناطق المختلفة، سواء كان داخل أو خارج الدولة، وأيضا تقدم خدمة البرق.ويتكون كل مكتب من صالة رئيسية للمراجعين، ومجموعة من مكاتب الموظفين، وأماكن للحفظ والفرز وصالات للانتظار وأماكن الخدمات.والجدول (2-10) يوضح معايير الاحتياج من مراكز البريد الرئيسية.

جدول رقم (2-10) المعدلات التخطيطية لمكاتب البريد الرئيسية

البيان	من	إلى	ملاحظات
عدد السكان المخدومين	50000	250000	مستوى عدة أحياء أو القطاع السكني أو على مستوى المدينة
نطاق الخدمة بالكيلومتر	5	8	يتم استخدام السيارة
نصيب الفرد من المساحة (م2)	0.02	0.04	

المصدر: (ب) وزارة الشؤون البلدية والقروية-الرياض، 2005.

5.7.2 الخدمات الأمنية:

تتمثل الخدمات الأمنية التي سيتم استعراضها هنا في مراكز الشرطة سواء المحلية أو الرئيسية، وهي التي توفر الخدمات الأمنية للمواطنين وتعمل على استتباب الأمن.ومن أهم العوامل الأساسية المؤثرة في تحديد المعايير التخطيطية لخدمات الشرطة، والتي تحدد بدورها كفاءة الخدمة وأهميتها مايلي:

– الخصائص السكانية:يبرز تأثير التركيب السكاني وتوزيع الكثافات السكانية ونوعية السكان وخصائصهم الاجتماعية على تحديد مهام ودور الشرطة في تلبية احتياجات الفئات المختلفة من المجتمع.

– أنماط الأنشطة الاقتصادية للسكان تلعب دورا مهما في تحديد المناطق ذات الأهمية الحيوية للسكان، وطبيعة احتياجاتها من الخدمات الأمنية.

– معدلات حدوث الجرائم:يمثل هذا العامل المناطق ذات الحساسية الأمنية من حيث المعدلات النسبية لحدوث الجرائم.

وتتضمن الخدمات الأمنية ما يلي:

أ– مركز الشرطة المحلي:

وهو المركز الأمني الذي يوفر الخدمة الأمنية على مستوى الأحياء أو القرى، ويتبع مركز الشرطة المحلي مركز الشرطة الرئيسي.والجدول (2–11) يوضح معايير تحديد الاحتياج من مركز الشرطة المحلي ((ب) وزارة الشؤون البلدية والقروية، 2005.).

جدول رقم (2–11) المعدلات التخطيطية لمركز الشرطة المحلي

البيان	من	إلى	ملاحظات
عدد السكان المخدومين	20000	30000	على مستوى حي اوقطاع سكني
نطاق الخدمة بالكيلومتر	3	5	
نصيب الفرد من المساحة (م2)	0.06	0.1	

المصدر: (ب) وزارة الشؤون البلدية والقروية–الرياض، 2005.

ب– مركز الشرطة الرئيسي:

وهو المركز الأمني الذي يوفر الخدمة الأمنية على مستوى المدينة ككل.والتجمعات المحيطة بها، ويتبعه مراكز الشرطة المحلية المتواجدة في الأحياء والقرى المحيطة.والجدول (2–12) يحدد معايير الاحتياج من مركز الشرطة الرئيسي ((ب) وزارة الشؤون البلدية والقروية، 2005.).

جدول رقم (2–12) المعدلات التخطيطية لمركز الشرطة الرئيسي

البيان	من	إلى	ملاحظات
عدد السكان المخدومين	80000	250000	على مستوى المدينة ونطاقها
نطاق الخدمة بالكيلومتر	–	30	
نصيب الفرد من المساحة (م2)	0.02	0.04	

المصدر: (ب) وزارة الشؤون البلدية والقروية–الرياض، 2005.

6.7.2 **خدمات الدفاع المدني:**

وهي كالتالي: ((ب) وزارة الشؤون البلدية والقروية-الرياض، 2005.).

تتمثل خدمات الدفاع المدني التي سيتم التطرق إليها هنا في مراكز الإطفاء ومقاومة الحريق.يوضح الجدول (2-13) معايير تحديد الاحتياج من مراكز الدفاع المدني.

جدول رقم (2-13) المعدلات التخطيطية لمركز الدفاع المدني

البيان	من	إلى	ملاحظات
عدد السكان المخدومين	15000	20000	على مستوى حي أو قطاع سكني
نطاق الخدمة بالكيلومتر	1.2	1.6	
نصيب الفرد من المساحة (م2)	0.05	0.10	
عدد سيارات الإطفاء	سيارة واحدة لكل15000	سيارة واحدة لكل25000	

المصدر: (ب) وزارة الشؤون البلدية والقروية-الرياض، 2005.

7.7.2 **الخدمات التجارية:**

وهي كالتالي: ((ب)وزارة الشؤون البلدية والقروية ، 2005.).

توضح الجداول (2-14 و2-15و2-16) معايير تحديد الاحتياج من الخدمات التجارية على مستوى كل من المجاورة السكنية والحي السكني والمدينة ككل على الترتيب.

جدول رقم (2−14) المعدلات التخطيطية للخدمات التجارية بالمجاورة السكنية

المعيار	البيان	من	إلى
1	نصيب الفرد من المساحة التجارية	0.25 م2	1 م2
2	متوسط مساحة المحل التجاري	30 م2	50 م2
3	معدل مساحة الممرات والمناطق المفتوحة للمحل الواحد	½ مساحة المحل	
4	مساحة الممرات والمناطق المفتوحة للمحل الواحد	15 م2	25 م2
5	مجموع المساحة الإجمالية للمحل مع الممرات والفراغات	45 م2	75 م2

المصدر: (ب) وزارة الشؤون البلدية والقروية−الرياض، 2005.

جدول رقم (2−15)المعايير التخطيطية للخدمات التجارية بالحي السكني

المعيار	البيان	من	إلى
1	نصيب الفرد من المساحة التجارية	0.45 م2	1 م2
2	متوسط مساحة المحل التجاري	30 م2	50 م2
3	معدل مساحة الممرات والمناطق المفتوحة للمحل الواحد	3/1 − 2/1 مساحة المحل	
4	مساحة الممرات والمناطق المفتوحة للمحل الواحد	15 م2	25 م2
5	مجموع المساحة الإجمالية للمحل مع الممرات والفراغات	45 م2	75 م2

المصدر: (ب) وزارة الشؤون البلدية والقروية−الرياض، 2005.

جدول رقم (2–16) المعايير التخطيطية للخدمات التجارية بمركز المدينة

المعيار	نصيب الفرد من المساحة التجارية	من	إلى
1	في مراكز المدن الصغيرة اقل من 30 ألف نسمة	45 م2	1 م2
2	في مراكز المدن المتوسطة (30–100 ألف نسمة)	1 م2	2 م2
3	في مراكز المدن الكبرى اكبر من100 ألف نسمة	1.4 م2	4 م2

المصدر: (ب) وزارة الشؤون البلدية والقروية–الرياض، 2005.

8.7.2 **الخدمات الترفيهية:**

وهي كالتالي((ب) وزارة الشؤون البلدية والقروية،2005):

توضح الجداول (2–17 و2–18) معايير تحديد الاحتياج من الخدمات الترفيهية.

جدول رقم (2–17) المعايير التخطيطية للمناطق الترفيهية

البيان	مساحة الأرض بالمتر المربع		عدد السكان ألف نسمة		وسيلة الانتقال		دائرة الاستخدام	
	كثافة مرتفعة	كثافة منخفضة	كثافة مرتفعة	كثافة منخفضة	سيرا	سيارة	دقيقة	كم
حديقة المجموعة	800	3000	1.2	0.9	نعم		5	0.2–0.1
ملاعب أطفال	900	6000	0.9	0.2	نعم		5	–0.15 0.275
حديقة المجاورة	4000	5000	5	3	نعم		7–5	–0.2 0.35
ملاعب المجاورة	3000	6000	5	3	نعم		7–5	–0.25 0.5
حديقة الحي	5000	10000	15	10	نعم	نعم	7–5	0.8–0.4
ملاعب الحي	15000	35000	15	10	نعم	نعم	10–5	1.00

حديقة القطاع	20000	60000	45	30		نعم	-15 20	5 -2.5
حديقة المدينة	متغيرة	70000	100 فأكثر			نعم	متغيرة	
المراكز الترفيهية	متغيرة	5000	المدينة			نعم	متغيرة	
التخييم	متغيرة		المدينة			نعم	متغيرة	
حدائق متخصصة	متغيرة		المدينة			نعم	متغيرة	
المنتزهات	متغيرة		المدينة			نعم	متغيرة	

المصدر: (ب) وزارة الشؤون البلدية والقروية-الرياض، 2005.

جدول رقم (2-18) نصيب الفرد من المناطق الترفيهية على المستويات التخطيطية بالمدينة (م2 نسمة)

البيان	مجموعة سكنية	تجمع سكني	حي سكني	منطقة سكنية	قطاع	المدينة
	-900 1200 نسمة	-3000 5000 نسمة	10 -15 ألف نسمة	30-45 ألف نسمة	90-135 ألف نسمة	400 ألف نسمة فأكثر
حدائق وملاعب أطفال	1.67-0.4 م2/نسمة					
حديقة المجموعة السكنية	0.83-0.3 م2/نسمة					
حديقة المجاورة		1.66-0.8 م2/نسمة				
ملاعب المجاورة		1.2-0.7 م2/نسمة				
حديقة الحي			1-0.32 م2/نسمة			
ملاعب الحي				2.5-1 م2/نسمة		
حديقة القطاع					1.2-0.7	

					م2/نسمة	
المراكز الترفيهية						متغير
التخييم						متغير
الحدائق المتخصصة						متغير
المنتزهات العامة						2-1 م2/نسمة

المصدر: (ب) وزارة الشؤون البلدية والقروية-الرياض، 2005.

8.2 التخطيط المكاني للخدمات الصحية:

الخدمات الصحية تعتبر من القطاعات الخدمية وذلك لسببين:

الأول:ارتباط هذه الخدمة بشكل مباشر مع حاجات الإنسان حيث تعتبر الصحة من الأولويات التي يجب الاهتمام بها لرفع مستوى المعيشة لدى السكان في مجتمع ما.

الثاني: إن القطاع الصحي يعتبر مؤشرا مهما وواضحا لتحضر امة من الأمم أو مجتمع من المجتمعات في معظم دول العالم بمستوى ما تقدمة هذه الحكومات أو الدول لشعوبها من خدمات (Chapin & Others,1995p196).

"الصحة" كما عرفها دستور منظمة الصحة العالمية " هي تمتع الفرد بالرفاهية الكاملة بدنيا وعقليا واجتماعيا، وليست مجرد خلوة من الأمراض والعاهات".إلا أن هذا التعريف يعبر عن أهداف مثالية للصحة تسعى الإنسانية لتحقيقها – كما يصور مفهوما مجردا غير محدود، ولا يخضع للمقاييس الواقعية.

ولذا تعرف "الصحة"تعريفا آخر بأنها "مدى المطابقة للحدود والأبعاد الطبيعية للمستويات الصحية المتفق عليها وعلى طريق قياسها والتي تختلف بحسب السن والجنس والمجتمع والمكان".

يمكننا القول أن التخطيط الصحي هو"رسم سياسة مفصلة لتوفير الخدمات الصحية للمواطنين في شكل برامج ومشروعات تستهدف بلوغ مستوى صحي للفرد والمجتمع له خصائص محددة في فترة زمنية مقدرة ، وذلك بأحسن استغلال للإمكانيات المادية والبشرية المتاحة (عبد العليم، 1966).

إن وجود الخدمات الصحية في مواضع ونقاط ثابتة ينتج عنة بعض الجور والظلم وعدم الإنصاف للسكان في مواقع أخرى، ولقد أثبتت الكثير من الدراسات بان هناك علاقة ما بين المستوى الصحي للسكان والبعد عن مواقع الخدمات الصحيه لذلك فان المستوى الصحي يتحسن للسكان عن طريق:إعادة التوزيع الجغرافي لمواقع هذه الخدمات بحيث تكون اقرب ما يكون إلى مواقع الكثافة السكانية، وأيضا إقامة وفتح مراكز خدمية صحية جديدة مختارة بحيث تلبي حاجات السكان (المومني، 1994).

9.2 معايير التخطيط المكاني للخدمات الصحية:

تعنى المعدلات والمعايير التخطيطية بوضع واقتراح المقاييس الفنية التي يتم على أساسها تحديد عدد وحجم ونطاق تأثير الخدمات العامة بنوعياتها المختلفة ((ب) وزارة الشؤون البلدية والقروية ، 2005.).

إن المعايير التي سيتم إيرادها في هذا السياق هي معايير تخطيط الخدمات الصحية في السعودية والتي يعتقد أنها مناسبة ومقبولة بما يتلاءم مع البيئة الاجتماعية والاقتصادية التي تسود الحالة الفلسطينية وتتعامل مع الاحتياج من الخدمة الصحية بناءً على عدد السكان المطلوب توفير الخدمة لهم، ومن خلال وضع حد أدنى وحد أقصى لتوفير الخدمة مع الأخذ بالاعتبار أن الحد الأدنى والحد الأقصى هما قياسان نسبيان وليسا ثابتين على طول الزمان، فما يمكن قبوله كمقياس الآن يمكن أن تختلف درجة قبوله في ضوء المؤثرات التي قد تحدث مستقبلا.

ويمكن تفصيل معايير تخطيط الخدمات الصحية على النحو التالي:

1.9.2 مراكز الرعاية الصحية الأولية:

هي نواة الخدمات الطبية حيث تقدم خدمات الرعاية الصحية الأولية على مستوى الأحياء والمجاورات السكنية والقرى، وتقوم بعمل ملفات صحية لجميع الأسر الواقعة في نطاق خدمة المركز، لمتابعة الحالة الصحية لأفراد كل أسرة، وتقديم الخدمات العلاجية والوقائية لهم، والتحويل إلى المراكز الطبية المتخصصة عند اللزوم.

ويشتمل المركز على غرف للفحص ، وصالات انتظار المرضى من الذكور والأثاث، وغرفة للطوارئ. ومن الممكن أن يحتوي على مختبر وصيدلية، ووحدة إسعاف مع الخدمات المرفقة كالمرافق الصحية والمخازن ومكاتب رعاية الأمومة والطفولة.

وبالنسبة لمعايير تحديد الاحتياج من مراكز الرعاية الصحية الأولية فيمكن توضيحها حسب الجدول (2–19).

جدول رقم (2–19) المعدلات التخطيطية للمراكز الصحية

البيان	من	إلى	ملاحظات
عدد السكان المخدومين	400	15000	مستوى مجاورة سكنية أو أكثر من مجاورة أو حي سكني
نطاق الخدمة بالمتر	–	800	
نصيب الفرد من المساحة الكلية (م2)	0.12	0.15	

المصدر: (ب) وزارة الشؤون البلدية والقروية–الرياض، 2005.

وبخصوص متطلبات الموقع لمركز الرعاية الصحية الأولية فيشمل المتطلبات التالية((ب) وزارة الشؤون البلدية والقروية،2005):

- اختيار موقع المركز الصحي في مكان متوسط من الحي السكني،أو المجاورة السكنية،أو بين المجاورات السكنية.

- أن يتميز الموقع بالهدوء، وبالتالي يجب أن يكون بعيدا عن المدارس والأسواق التجارية.

- أن يختار الموقع بعيدا عن الضجيج والتلوث والدخان والغبار والأخطار البيئية الأخرى.

- أن يكون الموقع على طرق تجميعية أو رئيسة.

أما الاعتبارات الأساسية لمركز الرعاية الصحية الأولية فهي كما يلي((ب) وزارة الشؤون البلدية والقروية،2005):

- أن تقوم المستوصفات الخاصة أيضا ببعض وظائف مراكز الرعاية الصحية الأولية .

- يفضل أن يتميز موقع مركز الرعاية الصحية بخاصية سهولة الوصول إلية بالسيارة من الطرق الرئيسة.

- كذلك يفضل أن يتميز الموقع بإمكانية إيجاد مداخل ثانوية متعددة للمبنى.

- مراعاة أن يتم توفير مواقف للسيارات خارج المركز الصحي،طبقا لما ورد بدليل المعايير التخطيطية لمواقف السيارات، بان يتم توفير 6 مواقف لكل 100 متر مربع من مساحة المباني الطابقية.

2.9.2 المستشفيات:

وتصنف المستشفيات على النحو التالي((ب) وزارة الشؤون البلدية والقروية،2005.):

1- المستشفيات العامة:

يعد المستشفى العام المستوى الأساسي للخدمات الصحية،حيث يمتد نطاق خدمتها ليشمل حجم سكاني بين (20-250 ألف) نسمة،ويقوم المستشفى العام بتقديم الخدمات الصحية الأساسية للمدن والتجمعات القريبة منها،ويجب أن تتوفر بها معظم التخصصات المختلفة،وغرف للجراحة وملحقاتها،ومختبرات ومعامل للتحاليل الطبية والأشعة،وأقسام للاستقبال والطوارئ ووحدة إسعاف،وأماكن لنوم المرضى،ومرافق للخدمات من مطابخ لتجهيز الطعام وغرف للأطباء والممرضات وملاحق إدارية وخدمية.

ومعايير تحديد الاحتياج من المستشفيات العامة يوضحها الجدول(2-20).

جدول رقم (2-20) المعدلات التخطيطية للمستشفيات العامة

البيان	من	إلى	ملاحظات
عدد السكان المخدومين	2000	250000	على مستوى المدينة والتجمعات المحيطة
نطاق الخدمة بالكيلو متر	-	20	
عدد الأسرة لكل ألف نسمة	2	4	
نصيب السرير الواحد من مساحة الموقع (م2)	150	250	

المصدر: (ب) وزارة الشؤون البلدية والقروية-الرياض، 2005.

وبخصوص متطلبات الموقع للمستشفيات العامة فهي على النحو التالي((ب) وزارة الشؤون البلدية والقروية،2005):

- حيث أنة غالبا ما تقوم المستشفيات بتوفير الخدمة الصحية على مستوى المدينة ونطاقها من قرى وتجمعات، فانه يفضل دائما وقوع المستشفى بالقرب من الطرق الرئيسية الواقعة داخل المدينة أو الموصلة إليها من خارجها.

- هناك استعمالات مرغوب فيها وأخرى غير مرغوب فيها بجوار الخدمات الصحية بصفة عامة كما هو موضح بالجدول (2-21).

جدول (2-21) الاستعمالات المرغوب وغير المرغوب فيها بجوار الخدمات الصحية

استعمالات غير مرغوبة	استعمالات مرغوبة
المصانع	الحدائق
الملاعب	المناطق المفتوحة والهادئة
البرك ومحطات تنقية الصرف الصحي	البيئة الطبيعية
تقاطعات الطرق الرئيسية	قرى سياحية
المقابر	تجمعات سكنية
الورش	جامعات
الأسواق	نوادي صحية

المصدر: (ب) وزارة الشؤون البلدية والقروية-الرياض، 2005.

أما الاعتبارات الأساسية للمستشفيات العامة فهي على النحو التالي((ب) وزارة الشؤون البلدية والقروية،2005):

- يجب أن يختار مدخل المستشفى على طريق خدمة،في حين تكون مداخل الطوارئ واقعة على طرق لا تعاني من الاختناقات أو المرور المكثف.

- يستحسن توفير مرافق سكنية ملحقة بالمستشفى سواء داخل الموقع أو خارجه.

– يجب أن يعمل التصميم على تحقيق التهوية الطبيعية الجيدة مع العمل على تقليل تأثر المبنى بأشعة الشمس،حتى تحافظ على حرارة الأجزاء المبنية عند الحد الذي يحقق راحة الإنسان.

– يراعى أن تكون مساحة الموقع كافية لتحقيق مساحات خضراء،وعناصر تنسيق الموقع المختلفة التي تسمح للمرضى بممارسة الألعاب الرياضية الخفيفة مثل المشي وان يستنشقوا هواء نقيا.

– يجب أن يراعى في تصميم المستشفى احتمال التوسع المستقبلي لمواكبة طلبات السكان على الخدمة.

– يجب ملاحظة اعتبار المستشفيات مشروعات قائمة بذاتها،تحتاج إلى دراسات متعمقة لكل حالة على حدة والمقاييس المشار إليها أعلاه تعتبر مؤشرا عاما،وليس بالضرورة هي وحدة القياس التي ينبغي تطبيقها دون دراسة.

– مراعاة أن يتم توفير مواقف للسيارات طبقا لما ورد بدليل المعايير التخطيطية لمواقف السيارات بان يتم توفير موقف واحد للسيارات لكل سريرين بالمستشفى أو 6 مواقف لكل 100م2.

2– المستشفيات التخصصية:

وهي تلك المستشفيات التي تقدم الخدمات العلاجية والوقائية في تخصص معين (الأطفال – الولادة – العيون – الحميات – النفسية – الصدرية) وتخدم عددا من السكان لايقل عن 150 ألف نسمة،ولا يزيد عن 300 ألف نسمة على مستوى المدينة والتجمعات المحيطة،أو الإقليم أو المنطقة ككل.ويشتمل كل مستشفى على جميع التجهيزات،مثل المستشفى العام والأقسام الطبية اللازمة وجميع الملحقات طبقا لتخصص المستشفى.ومعايير تحديد الاحتياج من المستشفيات التخصصية يوضحها الجدول (2–22).

جدول رقم (2–22) المعدلات التخطيطية للمستشفيات التخصصية

البيان	من	إلى	ملاحظات
عدد السكان المخدومين	150000	300000	على مستوى المدينة والتجمعات المحيطة
نطاق الخدمة بالكيلومتر	–	30	
عدد الأسرة لكل ألف نسمة	0.5	2	
نصيب السرير الواحد من مساحة الموقع (م2)	150	250	

المصدر: (ب) وزارة الشؤون البلدية والقروية–الرياض، 2005.

وبخصوص متطلبات الموقع للمستشفيات التخصصية فهي على النحو التالي((ب) وزارة الشؤون البلدية والقروية،2005):

– ينطبق عليها نفس متطلبات الموقع للمستشفيات العامة بالإضافة إلى أن:

– المستشفيات المتخصصة بالأمراض المعدية،أو التي يخصص جزء منها لذلك،يجب أن تكون على مسافة كافية (لاتقل500م) من المناطق السكنية ولاسيما ذات الكثافة السكانية العالية وفي كل الأحوال يلزم عزلها،ويجب أن تستخدم المزروعات داخلها وعلى جوانبها ولا سيما الأشجار المرتفعة.

و الاعتبارات الأساسية للمستشفيات التخصصية هي نفس الاعتبارات الأساسية للمستشفيات العامة.

3– المستشفى المركزي:

تدخل ضمن إطار التدرج الهرمي لوحدات الخدمة الطبية،تماثل المستشفى المحلي في أن لها عيادة خارجية وأخرى داخلية ولكنها اكبر في حجمها وأكثر في تخصصاتها من المستشفى المحلي حيث أنها مجهزة بغرف عمليات وجراحة وأشعة ومعامل تحاليل اشمل في

تخصصاتها من المستشفى المحلي وبها غرف وعنابر لإقامة المرضى أي مستشفى داخلي يحتوي على عدد من الأسرة يتراوح عددها من 100-200 سرير.وتكون هذه المستشفيات على مستوى مجموعة اكبر من الأحياء السكنية وقد يكون المستشفى المركزي في مدينة صغيرة ، وقد اشتق اسمها من هذا الوصف (علام،1983).

4- المستشفى المحلي:

عبارة عن عيادة خارجية وأخرى داخلية - عيادة استقبال للحالات المستعجلة والطوارئ - تقوم بالكشف على المرضى وقد تقوم بإجراء العمليات الجراحية البسيطة وبها قسم داخلي يشمل على عدد من الأسرة يتراوح بين 20-50 سرير وتوجد مثل هذه المستشفى على مستوى عدد من الأحياء السكنية(علام،1983).

3.9.2 **الصيدليات:**

الصيدليات عامة (في المستشفيات) وخاصة. وهي عبارة عن مكان لبيع وصرف الأدوية وتركيب بعض منها،وهذا النوع من الخدمة غالبا ما يكون موزعا على كل المستويات فقد يكون على مستوى المجاورة والحي والمدينة كلها،كما توجد في المستشفيات،وعندما تقام المجاورة غالبا ما يخصص لها مكان ضمن المركز التجاري(علام،1983).

وبخصوص المعايير التخطيطية للصيدليات فهي على النحو التالي:

أ- المعايير والشروط الفنية لترخص الصيدليات حسب وزارة الصحة الفلسطينية،الإدارة العامة للصيدلة (انظر ملحق رقم 4 الذي يوضح هذه المعايير والشروط الفنية).

ب- شروط ترخيص الصيدليات الخاصة حسب نقابة الصيادلة الفلسطينية.

(انظر ملحق رقم 5 الذي يوضح هذه الشروط).

ج- المعايير المتعلقة بتخطيط الخدمات العامة بالمجاورة السكنية.المقصود هنا الاحتياج إلى وجود صيدلية كإحدى الخدمات المفترض توفرها ضمن نطاق المجاورة السكنية.

4.9.2 المؤسسات الصحية الأخرى:

وبجانب وحدات الخدمة الصحية الموضحة بعاليه توجد مؤسسات طبية أخرى مثل مراكز نقل الدم ومعاهد الممرضات ومراكز الهندسة الصحية وتحسين البيئة والمعامل البيولوجية وغيرها(علام،1983).

10.2 الدراسات السابقة:

تم الرجوع إلى مجموعة من الدراسات السابقة ذات العلاقة بموضوع هذه الدراسة،وأهم هذه الدراسات ما يلي:

(1) رسالة ماجستير غير منشورة حول " **التخطيط المكاني للخدمات الصحية في منطقة ضواحي القدس الشرقية باستخدام تقنيات نظم المعلومات الجغرافية (GIS)**".

سعت هذه الدراسة إلى تحقيق جملة من الأهداف،أهمها:

محاولة الوصول إلى التوزيع العادل لمواقع الخدمات الصحية،بحيث يمكن لجميع السكان الحصول على الخدمة الصحية بنفس المستوى من العدل المكاني.

محاولة رفع كفاءة فعالية الخدمات الصحية في منطقة الدراسة من خلال رفع كفاءة المراكز الصحية والمستشفيات.

محاولة إدخال التقنيات الحديثة والبرمجيات التقنية مثل برمجيات (GIS) في عمليات التحليل والتخطيط المكاني.

إبراز الجانب التطبيقي في التخطيط، من حيث وضع مقترحات وسيناريوهات لحل المشاكل التي تواجه منطقة الدراسة.

وخرجت الدراسة بعدد من النتائج،أهمها:

تعاني منطقة الدراسة من مشكلة سوء توزيع الخدمات الصحية (المستشفيات،المراكز الصحية،الصيدليات) وذلك على المستويين المحلي والإقليمي.

تعاني معظم المراكز الصحية في منطقة الدراسة من ضعف الكفاءة والفعالية وبالأخص في مناطق الريف.

معظم المراكز الصحية في المنطقة لم تقم على أسس تخطيطية سليمة حسب معايير إنشاء مراكز صحية،حيث أقيمت معظم تلك المراكز في شقق سكنية أو حتى في كراجات وأماكن تخزين،حيث أن المساحات ضيقة جدا ولا تصلح لتكون مركزا صحيا.

تفتقر المؤسسات الحكومية والأهلية والخاصة في منطقة الدراسة للتقنيات الحديثة في مجال الإدارة والتخطيط المكاني للخدمات الصحية.(رشدي،2002).

(2) رسالة ماجستير غير منشورة حول" **توزيع وتخطيط الخدمات العامة في مدينة قلقيلية بالاستعانة بنظم المعلومات الجغرافية (GIS)**".

تناولت هذه الدراسة توزيع وتخطيط الخدمات العامة في مدينة قلقيلية باستخدام نظم المعلومات الجغرافية (GIS) واشتملت على الخدمات التعليمية والصحية والإدارية،والثقافية والترفيهية، من حيث توزيعها وكفاءتها وخصائصها العمرانية ومدى ملاءمتها لمتطلبات السكان في المدينة. وقد هدفت الدراسة إلى إبراز أهمية تطبيق الأساليب العلمية في التخطيط وخاصة في تخطيط الخدمات العامة، والتعرف على أهم الأسباب التي تعيق تطبيق المعايير التخطيطية في المدينة ثم تناولت الدراسة أهم المعايير التي تستخدم في تخطيط الخدمات العامة والتي قام الباحث بتطبيقها على منطقة الدراسة بالإضافة إلى استعراض الواقع الموجود في منطقة الدراسة والتعرف على أهم الخصائص التي تمتاز بها الخدمات العامة. ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة وجود نقص في العديد من التخصصات الطبية الضرورية للمواطن مثل:أمراض القلب والكلى والسرطان،بالإضافة إلى عدم وجود مراكز للإسعاف الأولي على

مستوى الأحياء السكنية وعدم وجود تنسيق بين المراكز الصحية الموجودة في المدينة،وكذلك عدم ارتقاء المستشفيات الموجودة للمستوى المطلوب، كما توصلت الدراسة إلى وجود تشتت في توزيع الخدمات الإدارية وتمركز بعضها في محيط الوسط التجاري للمدينة.(عنايا،2004).

(3) رسالة ماجستير غير منشورة حول " **استراتيجيات تطوير وتخطيط الخدمات الصحية في مدينة جنين في ضوء التطور العمراني للمدينة**".

هدفت هذه الدراسة إلى ربط تطوير الخدمات الصحية في جنين،بالتوازي مع تطور المدينة ونموها السكاني والاقتصادي والعمراني,ووضع استراتيجيات مناسبة لتطوير قطاع الخدمات الصحية,وأظهرت نتائج هذه الدراسة وجود نقص في عدد أطباء الاختصاص وفي معدات المستشفيات والمراكز الصحية وخصوصاً أجهزة الأشعة وبعض مواد مختبرات التحاليل الطبية, وعدد الأسرة, وكذلك غياب استخدام التكنولوجيا الحديثة مثل الطب الاتصالي واستخدام الحواسيب في الأداة الطبية والتي تسهل العمل بالنسبة للطبيب وموظف الصحة في البحث عن معلومات المريض من خلال ملفات موجودة في دواليب تأخذ وقتاً طويلاً في البحث عنها, واقترحت الدراسة إنشاء العيادات الجامعية والتي من خلالها يتم تحسين الخدمات الصحية المقدمة وعلى أعلى المستويات. وتم اقتراح أربعة مواقع لتضم مراكز إسعاف ضمن المواصفات والمقاييس العالمية وتحقق نطاق تغطية ممتازة ولغاية عام 2010م في مواقع تتوفر فيها جميع شروط المواقع الصحية وسهولة الحركة عبر الشوارع سواء كانت المقامة أو المقترحة ضمن المخطط الهيكلي الحالي للمدينة من هذه المراكز إلى مستشفيات المدينة.

وبخصوص الاستفادة من هذه الدراسات السابقة، فيمكن القول بأنها شكلت مرجعية أساسية لهذه الدراسة من حيث المنهجية المتبعة وطرق التحليل واستخدام تطبيقات نظم المعلومات الجغرافية (كما هو الحال في دراسة سامر علي أحمد ودراسة نضال عنايا).من جهة أخرى فقد تمت مقارنة النتائج بين هذه الدراسة والدراسات السابقة،للتأكد من مدى التشابه بين المشاكل والمعيقات التي تواجه قطاع الخدمات الصحية في المدن الفلسطينية. وبالفعل تم الوصول إلى عدد من النتائج المتقاربة إلى حد ما تمثلت في سوء توزيع الخدمات الصحية

وعشوائيتها من جهة وعدم مراعاة المعايير التخطيطية في توزيعها من جهة أخرى.كما وأكدت الدراسة على فعالية نظم المعلومات الجغرافية (GIS) وأهميتها في تقديم حلول ومقترحات للتخطيط المستقبلي والتوزيع العادل للخدمات الصحية في التجمعات السكانية في ضوء الزيادة السكانية والتوسع العمراني(مساد،2003).

الفصل الثالث

الخلفية التاريخية والجغرافية لمنطقة الدراسة وتطورها العمراني

1.3 تمهيد.

2.3 لمحة تاريخية.

3.3 أصل التسمية.

4.3 الموقع.

5.3 المناخ.

6.3 التربة.

7.3 البنية الجيولوجية.

8.3 المساحة الكلية لأراضي المدينة.

9.3 مراحل التطور العمراني والإداري الحديث للمدينة.

10.3 نبذة عن مخيم طولكرم.

الفصل الثالث

الخلفية التاريخية والجغرافية لمنطقة الدراسة وتطورها العمراني

1.3 تمهيد.

2.3 لمحة تاريخية.

3.3 أصل التسمية.

4.3 الموقع.

5.3 المناخ.

6.3 التربة.

7.3 البنية الجيولوجية.

8.3 المساحة الكلية لأراضي المدينة.

9.3 مراحل التطور العمراني والإداري الحديث للمدينة.

10.3 نبذة عن مخيم طولكرم.

الفصل الثالث

الخلفية التاريخية والجغرافية لمنطقة الدراسة وتطورها العمراني

1.3 تمهيد:

يتناول هذا الفصل الخلفية التاريخية لمنطقة الدراسة،واستعراض أهم الفترات التاريخية التي مرت بها،وأهميتها التاريخية،كما تم التطرق لأهم معالمها التاريخية،والأثرية، بالإضافة إلى عرض للمعلومات الأساسية المتعلقة بها،من حيث أصل التسمية،والموقع الجغرافي والتربة والمناخ والبنية الجيولوجية والمساحة والتطور العمراني والإداري للمدينة، منذ الفترة العثمانية وحتى الآن.

من ناحية ثانية سيتم تقديم أهم البيانات والمعطيات،حول التجمعات العمرانية التي تشملها منطقة الدراسة،من خلال استعراض أهم التطورات العمرانية،والإضافات والتوسعيات التي تمت على المخطط الهيكلي عبر المراحل المختلفة التي مرت بها منطقة الدراسة،والتي تأثرت إلى حد كبير بالتغيرات السياسية،والإدارية التي تركت تأثيراتها المختلفة على مستقبل تطور منطقة الدراسة،حيث أن تبيان هذه التطورات والتعرف عليها يشكل مؤشرا هاما في التخطيط المستقبلي لمنطقة الدراسة.

من ناحية أخرى تم تقديم نبذة مختصرة عن التجمع العمراني(مخيم طولكرم)،من حيث الموقع والمساحة وعدد السكان والبنى التحتية المتوفرة في المخيم،واهم الإشكالات التي يعاني منها هذا التجمع الذي يشكل جزءا من منطقة الدراسة.

تكمن أهمية هذا الفصل من الدراسة،في أنه يمكن من تحقيق خواص هامة في التخطيط وهي الشمولية،والتكاملية،والترابط،والتنسيق،حيث أن التخطيط المكاني،له أبعاده المختلفة في مجالات متعددة،التي يجب أخذها بالاعتبار بما يشكل احد المنطلقات الصحيحة والسليمة في تحقيق أهداف الدراسة.

2.3 لمحة تاريخية:

لا يوجد تاريخ محدد لبداية استيطان المدينة،إذ أن ما عثر عليه من آثار حتى الآن،يثبت أن مدينة طولكرم كانت قائمة إبان حكم الرومان لبلاد الشام في القرن الثالث الميلادي.وتشير المصادر التاريخية الإسلامية إلى استيطان طولكرم قبل ذلك من جانب الكنعانيين، ويستدل على ذلك من كتابات الفراعنة.وقد ورد ذكر طولكرم في العهد المملوكي،ففي القرن الثالث عشر الميلادي اقطع الظاهر بيبرس سلطان المماليك طولكرم مناصفة لقائديه:الأمير بدر الدين بيليك الخازندار والأمير بدر الدين بيسري الصالحي.

وقد ظلت طولكرم تتبع في إدارتها مدينة نابلس حتى نهاية القرن التاسع عشر،عندما احدث العثمانيون قضاء جديدا في شمال فلسطين عرف باسم"قضاء بني صعب"وجعلوا طولكرم عاصمة له.وبالرغم من اتخاذها عاصمة للقضاء الجديد،فقد ظلت المدينة صغيرة في حجمها العمراني والسكاني.فلم يتجاوز عدد سكانها حتى الحرب العالمية الأولى ثلاثة آلاف نسمة.وقد كانت طولكرم مقرا لقيادة الجيش العثماني الثامن خلال الحرب العالمية الأولى.(حسين،1992).

ويمكن تلخيص مراحل تطور المدينة عبر العصور التاريخية كما يلي(الدباغ،1971):

1- العصور القديمة:

إن أقدم الشواهد الأثرية التي تم التعرف عليها في مدينة طولكرم،تعود لفترة العصر الحجري النحاسي من(4500-3200 ق.م)،وقد تمثلت في جنبات المدينة العديد من المراحل التاريخية المختلفة،ومنها فترة العصر البرونزي المبكر والوسيط والعصر البرونزي المتأخر، (3200-1200ق.م) وقد تم العثور على العديد من بقايا أثار الفترات البرونزية خاصة شمال المدينة.وقد استمر تمثيل الفترات التاريخية اللاحقة على أراضي المدينة ومحيطها،وقد عاشت المدينة فترة العصور الحديدية من(1200-333 ق.م)،التي تمثلت في العديد من الخرب الأثرية الواقعة في المدينة ومحيطها بالإضافة إلى باقي الفترات التاريخية الأخرى.

2- الفترة الرومانية:

تعتبر الفترة الرومانية أكثر الفترات التاريخية تمثيلا في أثار المدينة ومواقعها الأثرية المختلفة وقد كانت تعرف طولكرم بهذه الفترة باسم(بيرات سوريكا)،ويعتبر موقع مقبرة العبيد الواقعة بمحاذاة السور الغربي لمنتزه بلدية طولكرم احد المواقع الأثرية الهامة الدالة على تمثيل هذه الفترة في المدينة.وتدل معظم الآثار الرومانية في الخرب المختلفة في المدينة ومحيطها من مواقع قرى المحافظة على عدد كبير من المعاصر الخاصة بعصر العنب واستخراج النبيذ منه،وهذا يدل على ضخامة إنتاج العنب وزراعة الكروم التي ارتبط اسم المدينة بة حتى الفترة الرومانية،ومن الأمثلة على معاصر العنب الكبيرة التي تعود للفترة الرومانية في طولكرم ،معصرة خربة ارتاح حيث تقع هذه المعصرة الرومانية وسط أرضية فسيفسائية محاطة بمجموعة من الآثار الرومانية الأخرى بالموقع:بركة،قناة،كهف بقايا جدران وآبار وغيرها.ويمكن مشاهدة الكثير من المواقع الأثرية في كثير من الخرب الأثرية في محيط المدينة وقراها.

3- الفترة الإسلامية:

عاشت المدينة تاريخها الإسلامي المبكر بعد عام 636م.وقد تم العثور على شواهد أثرية كثيرة تعود للفترة الأموية في ضاحية ارتاح جنوب المدينة.وقد بقيت طولكرم تعرف باسم (طوركرم).وفي الفترة المملوكية اقطع،السلطان المملوكي الظاهر بيبرس(1265م) طولكرم مناصفة بين قائدين من قوادة:الأمير بدر الدين بيلبك الخازندار والأمير بدر الدين بيسري الشمسي الصالحي.

4- الفترة العثمانية:

ظلت طولكرم تتبع في إدارتها مدينة نابلس حتى نهاية القرن التاسع عشر عندما احدث العثمانيون قضاء جديدا في شمال فلسطين عرف باسم قضاء بني صعب وجعلوا طولكرم عاصمة له.وكانت مقرا للجيش العثماني الثامن خلال الحرب العالمية الأولى حيث عظم شأن

المدينة،واتخذت المدينة كعاصمة للقضاء والقرى المحيطة.فكانت المدينة مركز للدوائر الحكومية والجيش والشرطة،ولتخليص المعاملات الرسمية،ومركز للأمن والقضاء في المنطقة وسوقا تجاريا رئيسيا،وفية محطة قطار تنقل المسافرين لمناطق مختلفة من العالم،وهي سكة حديد الحجاز،ولا زالت المدينة تحتفظ بالكثير من البنايات الأثرية التي تعود لهذه الفترة،ومنها سوق المدينة القديم ــوالمعروف بسوق الذهب ـــالذي يتميز بمبانيه الأثرية العثمانية،وكذلك مبنى السرايا(دار الحكومة) ومبنى القائم مقام والذي شغل في آخر أيام الدولة العثمانية مقرا للبرق والبريد.

5- فترة الانتداب البريطاني:

في عام 1918م خضعت المدينة للاحتلال البريطاني على اثر هزيمة البريطانيون للعثمانيين ،حيث ظل الانتداب البريطاني يمارس سياسة دعم المشاريع اليهودية الصهيونية فيها حتى عام 1948م.وفي عام 1948م اقتطعت معظم الأراضي السهلية الواقعة للغرب من المدينة من جانب الاحتلال الإسرائيلي الجديد،وقد عاشت المدينة بعد هذا التاريخ فترة من الوصاية العربية والأردنية حتى عام1967. وفي عام 1967م وقعت حرب السادس من حزيران حيث خضعت المدينة للاحتلال الإسرائيلي الذي عانت منة مدينة طولكرم مثل باقي مناطق الضفة الغربية سواء بزرع المستوطنات اليهودية أو بسياسة مصادرة الأراضي على غير وجه شرعي إضافة إلى غيرها من الإجراءات المجحفة بحق شعبنا الفلسطيني (الدباغ،1971).

وفي عام 1995م انسحبت قوات الاحتلال الإسرائيلية ودخلت المدينة تحت ظل السلطة الوطنية الفلسطينية التي بدأت بسياسة جديدة للنهوض بمرافق المدينة المختلفة وتأهيل مؤسساتها تدريجيا بمختلف النواحي.

3.3 أصل التسمية:

تعددت التفسيرات لأصل تسمية طولكرم، وقد تكون كلها صحيحة حسب المراحل التاريخية التي مرت بالمدينة، وهي كالتالي:

1-ترجع الآثار التي تم اكتشافها حتى الآن تاريخ استيطان مدينة طولكرم إلى عصر الرومان،وبالتحديد إلى القرن الثالث الميلادي. وقد عرفت آنذاك باسم(بيرات سوريقا، Birat Soreqa)،وتعني "بئر كرم مختار"(الدباغ،1971).

وتشير كثير من المصادر التاريخية إلى قدم استيطان طولكرم والذي يرجعه بعضها إلى زمن الكنعانيين ويستدل على ذلك من خلال ما عثر عليه من آثار في القرى المجاورة لها كالكرمل وجت ومجدولين وجلجال وغيرها من المدن والقرى التي لازالت تحتفظ بأسمائها القديمة مع شيء من التحريف.(الموسوعة الفلسطينية،1984).

2- وردت طولكرم في كتابات المقريزي وفي معجم البلدان لياقوت الحموي باسم"طولكرم" وتعني حرفيا "جبل الكرم" وهذا ما تشتهر بة مدينة طولكرم وقراها المجاورة. وقد ظلت تعرف بهذا الاسم حتى القرن الثاني عشر الهجري (السابع الميلادي). ويعتقد أن كلمة طور قد حرفت إلى طول ودعيت باسم" طول كرم "،الاسم الذي ظلت تعرف بة حتى يومنا هذا.ويعتقد ابن خلدون أن طولكرم هي اجنادين التي وقعت على أرضها معركة اجناديين المشهورة بين المسلمين والروم عام637م(خمار،1971).

4.3 الموقع:

تقع مدينة طولكرم في منتصف الجزء الشرقي من السهل الساحلي الفلسطيني،كما هو موضح في الخريطة(3-1).على دائرة عرض 32.9 شمالا،وخط طول 35.1 شرقا (خمار،1960).

لعبت المدينة دوراً مهماً لموقعها الاستراتيجي واعتبرت طريق القوافل الرئيس الذي يربط فلسطين بمصر.الموقع الرئيس الذي يربط بين السهل والجبل والطرق المؤدية إلى داخل المنطقة العليا.عرفها "كوندير وورن" بأنها الموقع المستطيل الذي جمع التله والمنخفض. وقال مؤرخ الفترة العثمانية " التميمي" الذي كتب وشرح عن "ولاية بيروت" في سياق حديثه عن طولكرم وعن أهميتها الجغرافية والتاريخية واعتبرها عابر اللد والرملة.وبعد الحرب العالمية الأولى دخلت فلسطين في ظل الانتداب البريطاني حيث سقطت طولكرم بأيدي القوات البريطانية في 20-9-1918م.وقد بدأت في النمو والاتساع لأسباب عدة منها انتقال العديد من المواطنين من القرى المجاورة واستغلال السهل الساحلي،وبعد حرب عام 1948م وبعد طرد أبناء الشعب الفلسطيني من أرضهم على أيدي العصابات الصهيونية،من خلال عملية تطهير عرقي لجأ إلى طولكرم إعداد كبيرة من أبناء الشعب الفلسطيني من القرى الواقعة غرب المدينة إما بسبب تدميرها بالكامل(قاقون وأم الزينات وغيرها) أو بسبب محاصرتها وتضييق الخناق عليها (المحروق،1995).

من ناحية ثانية فان موقع مدينة طولكرم في الوسط الغربي من فلسطين الطبيعية وفي شمال الضفة الغربية،فهي بذلك تتميز بموقعها على الحد الفاصل بين الطبيعة السهلية الساحلية الخصبة الواقعة غرب المدينة ،والأراضي الجبلية التي تمتد للشرق من المدينة.وتشكل أراضي مدينة طولكرم فاصلا بين أراضي السلطة الوطنية الفلسطينية والأراضي الفلسطينية التي تحتلها إسرائيل منذ العام 1948م.وتبعد "15" كم من شاطئ البحر المتوسط. وعلى ارتفاع يتراوح بين "55-120" مترا من سطح البحر. وتقوم على هضبة صغيرة محاطة بأودية صدعيه قادمة من المرتفعات شرقا باتجاه السهل الساحلي غربا،وهي مشرفه على سهل محاطة بأراضٍ صالحه للزراعة .وادي الزومر من الشمال ووادي التين من الجنوب. لقد حبت ظروف الموقع المتوسط وخصوبة التربة ووفرة المياه سواء ما كان مطريا أو جوفيا المدينة وإقليمها ظروفا متميزة ساعدت على سرعة نمو المدينة وتطورها خلال فترة وجيزة من القرن الحالي بعد أن ظلت قرية خلال تاريخها الطويل الذي ترجع الأدلة التاريخية بدايته إلى زمن الرومان(حسين ،1992).

5.3 المناخ :

تتمتع طولكرم بمناخ البحر المتوسط ماطر دافئ شتاءً وحار جاف صيفا،إن موقع المدينة عن البحر وعدم وجود حواجز طبيعية (تضاريس جبلية) ساهم في ميل مناخ المدينة إلى المناخ الساحلي رغم وقوعه بين الساحل والجبل.مناخ المدينة اقرب إلى مناخ المناطق الساحلية منه إلى المناطق الجبلية نظرا لقربها من الساحل وانفتاحها على البحر من جهة الغرب مما يساعد على وصول المؤثرات البحرية التي تعمل على الحد من الفروق الحرارية من جهة وزيادة كميات الأمطار السنوية من جهة أخرى. يتميز صيف المدينة بجفافه واعتدال حرارته وشتاؤها طويل معتدل الحرارة وفير الأمطار وخريفها وربيعها ليسا بالوضوح المتمثل في فصلي الصيف والشتاء .أما عن الفصول، فأكثر ما يتضح هو ظهور فصلي الصيف والشتاء ، حيث تسقط الأمطار خلال فصل الشتاء الذي يمتد من شهر تشرين ثاني–أيار يتراوح سقوط الأمطار بين "500ملم–600ملم ."ابرد الأشهر كانون ثاني 3.9–3.5 . آب 32معدل درجات الحرارة "26.3" صيفا، "12.1" شتاءً. معدل درجات الحرارة "27" صيفا "33.5 في شهر آب"، "14 "شتاءً. معدل درجات الحرارة السنوية 24.5.

الرياح عادة ما يختلف هبوب الرياح وسرعتها من منطقة إلى أخرى ومن فصل إلى أخر، فالعوامل المحلية من ضغوط وتضاريس لها أثر كبير في اختلاف الرياح التي تنتظم في خطوط عامة.الشتاء :اغلب الرياح غربية وجنوبية غربية تجلب الرطوبة والأمطار. رياح آتية من الضغط العالي للبلقان "الرياح الشمالية" باردة جافة. جنوبية – جنوبية شرقية قادمة من الضغط العالي المتمركز في قلب الجزيرة العربية وتكون باردة وجافة.فصل الصيف:رياح غربية تحمل معها نسيم البحر الربيع والخريف: غربية جنوبية شرقية من البادية ساخنة جافة مع غبار(شماليه غربيه شتاءً، الطقس مغبر شرقي جنوبي في شهري (نيسان وأيار).الرطوبة تتراوح في الصيف من 40%–70% وفي الشتاء 70%–85 % (حسين،1992).

6.3 التربة:

تشكلت التربة في طولكرم من السيول القادمة من الهضاب حيث تعد تربة المنطقة من أخصب ترب فلسطين عامة فالقسم الأعظم منها منقول لذا ترتفع فيه نسبة المواد العضوية ويغلب على مكوناتها مواد الكلس واللحقيات، ويزداد سمكها في المناطق السهلية ويقل عند سفوح الجبال ويتناقص في أعلاها.وتعد تربة المنطقة من أخصب ترب فلسطين عامة،فالقسم الأعظم منها منقول لذا ترتفع فيه نسبة المواد العضوية،وهي صالحة للزراعة بوجه عام.(حسين،1992).

تربة المدينة الخصبة مهددة من الانتشار العمراني غير المنظم والذي بدا واضحا في السنوات الأخيرة.

7.3 البنية الجيولوجية:

تغطي رسوبات الدورين الثاني والثالث الجيولوجيين القاعدة الغرانيتية في منطقة طولكرم. أما مدينة طولكرم فتتوضع على تكوينات من الهضاب الكلسية التي تجزات بفعل حركات التصدع التي تعرضت لها المنطقة في الدور الثالث–الانهدام–وتميل هذه التكوينات باتجاه الغرب.

لقد أدت عمليات التعرية إلى إزالة مكونات الايوسين،مخلفة ورائها مكونات السينوري التي تبدو واضحة في المناطق المنخفضة.وتشكل مكونات الكريتاسي الأوسط(تشكيلات القدس) تشكيلات المرتفعات الشرقية لطولكرم(حسين،1992).

8.3 المساحة الكلية لأراضي المدينة:

بلغت مساحة المدينة في أول مخطط هيكلي لها في العام "1945م" (3725 دونما) بلغت مساحة الأراضي ضمن الحدود التنظيمية للمدينة حتى العام "1998م" (10255 دونما)

حيث أضيفت مناطق جديدة إلى حدود بلدية طولكرم وضمن مخطط هيكلي تم إعداده حالياً بمساحة (14.000) دونما (المحروق،1995).

9.3 مراحل التطور العمراني والإداري الحديث لمدينة طولكرم:

يمكن تلخيص مراحل التطور العمراني والإداري الحديث للمدينة كما يلي(المحروق،1995):

1- المرحلة العثمانية:

طولكرم القرية الصغيرة والتي اعتبرت بالتقسيم الإداري (ناحية) في قضاء بني صعب خاضعة للقائم مقام بنابلس مخدومة بواسطة مسجد في وسط القرية.في 1892م بلدية ومركز للقضاء الجديد بني صعب، وقد اختيرت مركزا للقضاء للأسباب التالية:

ا- توسعها في القضاء.

ب- موقعها على منطقة قرب محطة سكة الحديد ذات الأهمية الواضحة في طرق المواصلات.

ج-في الحرب العالمية الأولى قاعدة للجيش الثامن العثماني . خطوط سكة الحديد وصلت طولكرم بشرق وشمال وجنوب فلسطين.

التوسع العمراني أبان الفترة العثمانية:

بداية توسع عمراني بسيط إلى الغرب والشرق بطريقة غير نظامية.بعد وجود بلدية حدث تأثير بعدة متغيرات على المناطق المجاورة . تم إقامة دار الحكومة _مكتب بريد – مستشفى،مدرسة ودار بلدية والتي أسست من قبل متصرف البلقاء وقائم مقام بني صعب.

حدث توسع عمراني صغير للجنوب الشرقي والجنوب من المدينة في خمسة مناطق: ألفقها،الحارات(الغربية،الشمالية،الشرقية،الجنوبية).

بدأ التوسع العمراني بالزحف إلى المناطق السهلية والخضراء في الجوار، لم يتخذ إجراء بوقف الزحف إلى المناطق الخضراء.

ومن أهم التطورات التي حصلت في هذه المرحلة(المحروق،1995):

- الخط الحجازي (سكة الحديد) (اللد،طولكرم،نابلس) ومحطة مركزية غرب طولكرم والذي يمتد حول طولكرم شرقا.

- المحطة في جنوب غرب طولكرم. - تأسيس كلية زراعية (خضوري بعد 1892م).

- تطوير الطرق في طولكرم باتجاهات عدة، وتمت إنارة شوارع المدينة بواسطة قناديل البرافين.

2- مرحلة الانتداب البريطاني:

احتلت من قبل القوات البريطانية في 1918/9/20م.أهميتها ازدادت عندما تم ربطها إبان فترة الانتداب البريطاني بخط سكة الحديد بحيفا في نهاية الحرب العالمية الأولى.تعتبر محطة سكة الحديد في طولكرم مركزاً حيوياً للقطارات القادمة من مصر وجنوب فلسطين والمتجهة إلى حيفا في الشمال الغربي والى سوريا والأردن في الشرق.في حرب 1948 فقدت طولكرم أكثر من نصف أراضيها وعدداً كبيراً من القرى تم تدميرها وآلاف المهجرين من أراضيهم.مرحلة الانتداب البريطاني (1918-1945م) مخطط 1945م للمدينة حدد ما يلي(المحروق،1995):

حدود منظمة واضحة للمدينة.طرق إلى الجنوب،خط سكة إلى الشمال،مواصلات من مختلف الاتجاهات إلى كلية حضوري،لم تحصل تغييرات كبيرة في المدينة إنما اعتمد على الواقع الموجود.

- 1928م حدث تطوير عمراني وتم إحداث طريقين رئيسين شرق غرب ، شمال جنوب. في 21/ 2/ 1929م تم إقرار وضع تخطيط لطولكرم على أن تقوم به البلدية في منطقته التابعة ولم يمارس من التخطيط شيء باستثناء اعتماد ساحة عامة،الساحة المركزية ميدان جمال عبد الناصر حالياً.

3- المرحلة الأردنية:

بعد 1948م السلطة الأردنية فصلت الأجزاء الجنوبية من مدينة طولكرم وشكلت لوائين جديدين هما قلقيلية وسلفيت.

التوسعات العمرانية أبان الحقبة الأردنية:

مخطط 1961م لا تغييرات عن 1945م في المناطق المجاورة - اعتماد خضوري كمنطقة خضراء في الغرب - تقليص المنطقة الزراعية في الشمال - اعتماد المنطقة الفضائية العامة في الشمال كما هي في مخطط 1945م - قلصت المنطقة الزراعية في 1961م عن ما كانت عليه في 1945م- بقاء طريق طولكرم نابلس كما هو مع بعض التغييرات الطفيفة.

- في العام 1963م،تم إضافة 1,8كم2 في الجنوب الشرقي لحدود المدينة.في العام 1964م تم إضافة 75,كم2 إلى الشرق من المدينة وهي ضاحية ذنابه.في العام 1967م تم إضافة 2,5كم2 شمال المدينة ضاحية "شويكة" وإضافة 1,25كم2 في الجنوب "ضاحية ارتاح."' توسع عمراني في الشمال الغربي والجنوب الغربي من المدينة، وكان هذا التوسع كثيفا في المناطق

المجاورة والمناطق المحيطة أكثر منة في مركز المدينة(المحروق،1995).

4- مرحلة الاحتلال الإسرائيلي:

الوضع أبان مرحلة الاحتلال الإسرائيلي مخطط 1970م الطرق في مخطط ال1961م تم إقامتها في 1970 م حيث لم تحل مشكلة الطرق.مخطط 1970م لم يعترف ويقر فيزيائية المدينة وعناصرها اعتماد المنطقة المركزية منطقة تجارية دون أي اعتبارات للقيمة التاريخية للموقع.

مخطط1988م أصبحت مدينة طولكرم تتكون من خمس مناطق(طولكرم،ارتاح،ذنابة،شويكة، المنطقة الواقعة بين طولكرم وشويكة) و"4" مجاورات (شرق غرب،شمال جنوب ومعهد خضوري ومحطة سكة الحديد التي اقترحت بناية عامة مستقبل.وقد بقيت المناطق المجاورة كما

في 1970م باستثناء البنايات واستعمالات الأرض الزراعية في الشمال – تم إحداث تغييرات في توزيع المناطق1– خدمات تجارية ثانوية في الجوار 2– مناطق خدمات تعليم 3– منطقة خضراء مفتوحة(المحروق،1995).

5– التطورات في مرحلة السلطة الوطنية الفلسطينية:

في هذه المرحلة جرت عدة تطويرات على المخطط الهيكلي للمدينة حيث جرت توسعات في المخطط الهيكلي في اتجاه المناطق الشرقية من المدينة حيث تم إعداد هذا المخطط في 2002 ومن ناحية أخرى تم إعادة تحديد استخدامات الأراضي في هذا المخطط وفيما يلي تفاصيل مختلف الاستخدامات في المخطط الهيكلي 2002 المصادق عليه من قبل وزارة الحكم المحلي وقد تم إعداد هذا المخطط من قبل فريق عمل مكون من (الحكم المحلي، البلدية، جامعة النجاح الوطنية).(انظرالخريطة(3–2)).والجدول(3–1) يبين نسب استخدامات الأراضي المختلفة.

جدول رقم (3-1) المخطط الهيكلي 2002 النسب المئوية لمساحات استخدام الأراضي

الرقم	*نوع الاستخدام*	المساحة/دونم	النسبة المئوية
1	شوارع	1972.78	%14.29
2	سكن أ	595.27	%4.31
3	سكن ب	5364.20	%38.67
4	سكن ج	3742.85	%27.11
5	مخيم	152.39	%1.10
6	سكن زراعي	275.65	%1.99
7	البلدات القديمة	254.49	%1.84
8	مواقف السيارات	37.08	%0.26

%0.13	18.61	مساجد	9
%1.61	223.6	تجاري طولي	10
%1.56	215.78	مركز تجاري	11
%0.26	36.38	منطقة خضراء مفتوحة	12
%0.16	21.99	ملاعب	13
%1.83	253.58	منطقة صناعية	14
%0.55	75.84	منطقة ورش وصناعات حرفية	15
%0.53	73.26	إدارية	16
%1.00	137.65	مدارس	17
%1.38	190.83	معاهد وجامعات	18
%0.08	10.80	خدمات صحية	19
%0.57	79.16	منطقة سياحية للفنادق والاستجمام	20
%0.52	72.696	المقابر	21
%100	**13804.07**	**المساحة الكلية**	

المصدر: قسم الهندسة، التنظيم والبناء، بلدية طولكرم، 2009.

10.3 نبذة عن مخيم طولكرم :

أنشئ مخيم طولكرم عام 1950على اثر النكبة الفلسطينية بعد حرب عام 1948 معظم أهالي المخيم هم من اللاجئون الذين هجروا من قراهم الفلسطينية الواقعة إلى الغرب من مدينة طولكرم.

يقع مخيم طولكم شمال شرق مدينة طولكرم،على خط إحداثي محلي شمالي 191.14 م، خط إحداثي محلي شرقي 153.50م،ويرتفع عن سطح البحر 80 م،ويبعد عن مدينة طولكرم 1كم،وتحيط بة أراضي مدينة طولكرم.يبلغ عدد سكان المخيم،حسب المسح السكاني

2007. 10560نسمة.يدير مخيم طولكرم مدير المخيم تم تكليفه عن طريق التعيين من قبل وكالة الغوث.ويتوفر مقر للسلطة المحلية تبلغ مساحته 1000م2.

يتوفر في المخيم شبكة مياه عامة,ويبلغ عدد المشتركين في خدمة المياه 1050 مشتركا في القطاع السكني.ويتوفر في المخيم شبكة كهرباء عامة.كما يتوفر في بعض مناطق المخيم شبكة صرف صحي,أما بقية المناطق فلا تزال تستخدم الحفر الامتصاصية للتخلص من المياه العادمة.ويوجد في المخيم موقع مستأجر يستعمل للتخلص من النفايات,يبعد عن اقرب منطقة سكنية حوالي 0.5 كم,وتستخدم سيارة خاصة بالنفايات بجمع نفايات المخيم حيث يتم جمعها يوميا,ويتم التخلص من نفايات المخيم عن طريق حرقها.

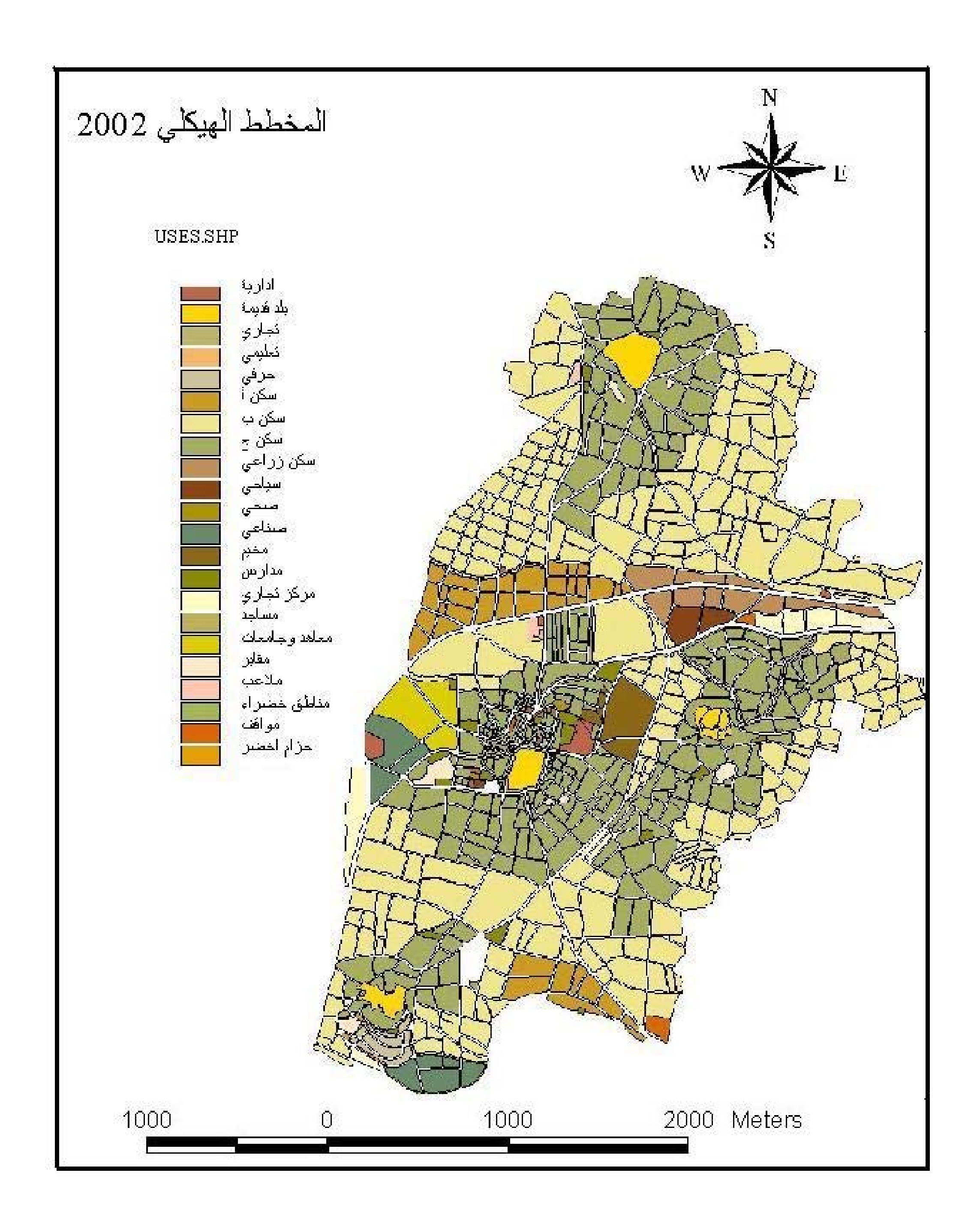
يعاني مخيم طولكرم من عدة مشاكل في مجال الكهرباء والمياه,وتتمثل في انقطاع وضعف التيار الكهربائي,وانقطاع وتلوث المياه,بالإضافة إلى قدم شبكتي الكهرباء والمياه,ووجود مناطق غير مخدومة بشبكتي الكهرباء والمياه.وينتج عن استخدام مواقع للتخلص من المياه العادمة والنفايات من المخيم تأثيرات صحية وبيئية عديدة,حيث تؤدي هذه المواقع إلى تلوث المياه الجوفية وتلوث المزروعات,وتشكل مصدرا للروائح الكريهة والأوبئة,وتجمع للحشرات(الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني،2000).

خريطة رقم (3–1) موقع مدينة طولكرم على خريطة فلسطين التاريخية



المصدر: مركز التخطيط الحضري والإقليمي، جامعة النجاح الوطنية

خريطة رقم (3-2) المخطط الهيكلي لمدينة طولكرم عام 2002



المصدر: بلدية طولكرم .بتصرف الباحث.

الفصل الرابع

تحليل واقع الخدمات الصحية في منطقة الدراسة وتقيمها

1.4 تمهيد.

2.4 إجراءات التحليل.

3.4 تحليل واقع المستشفيات وتقيمها.

4.4 تحليل واقع المراكز الصحية وتقيمها.

1.4.4 التحليل حسب معايير الخدمات العامة الصحية.

2.4.4 تحليل توزيع المراكز الصحية باستخدام نطاق التأثير.

3.4.4 تحليل توزيع المراكز الصحية باستخدام معامل صلة الجوار.

5.4 تحليل التوزيع الحالي للصيدليات وتقيمها.

1.5.4 التحليل حسب المعايير التخطيطية للصيدليات.

2.5.4 التحليل باستخدام معيار نطاق التأثير للصيدليات.

3.5.4 التحليل حسب صلة الجوار للصيدليات.

4.5.4 التحليل باستخدام قانون التوزيع الطبيعي للصيدليات.

الفصل الرابع

تحليل واقع الخدمات الصحية في منطقة الدراسة وتقيمها

4-1 تمهيد:

يعرض هذا الفصل، واقع التوزيع المكاني للخدمات الصحية، في منطقة الدراسة، والتي تشمل الخدمات العامة الصحية، المستشفيات، والمراكز الصحية الحكومية، إضافة للصيدليات والمراكز الصحية التابعة لوكالة غوث و تشغيل اللاجئين الاونروا (**UNRWA**).

على ضوء استعراض هذا الواقع، تم إجراء التحليل والتقييم باستخدام GIS للتعرف على جوانب الضعف والقوة، في التوزيع القائم، ومن ثم الخروج بمخطط مقترح، لتوزيع أفضل يراعي احتياجات المجتمع المحلى.

التحليل خلال هذا الفصل تم من خلال، المقارنة بالمعايير، التحليل حسب نطاق التأثير للخدمة، التحليل حسب صلة الجوار، التحليل حسب التوزيع الطبيعي.لقد تم الاستناد إلى معايير التوزيع المكاني للخدمات العامة، حيث تم اخذ معايير توزيع الخدمات العامة في المملكة العربية السعودية، من حيث متطلبات موقع الخدمة، والمساحات الواجب توفرها وعدد السكان ذلك بما يتعلق بالمستشفيات ومراكز الرعاية الصحية.أما بما يتعلق بالصيدليات فقد تم الاستناد إلى مسالتين، الأولى شروط وزارة الصحة الفلسطينية، والمسالة الثانية معايير توزيع الخدمات على أساس المجاورة السكنية، والخدمات وموقعها بالنسبة للإحياء ومراكز المدن CBD.

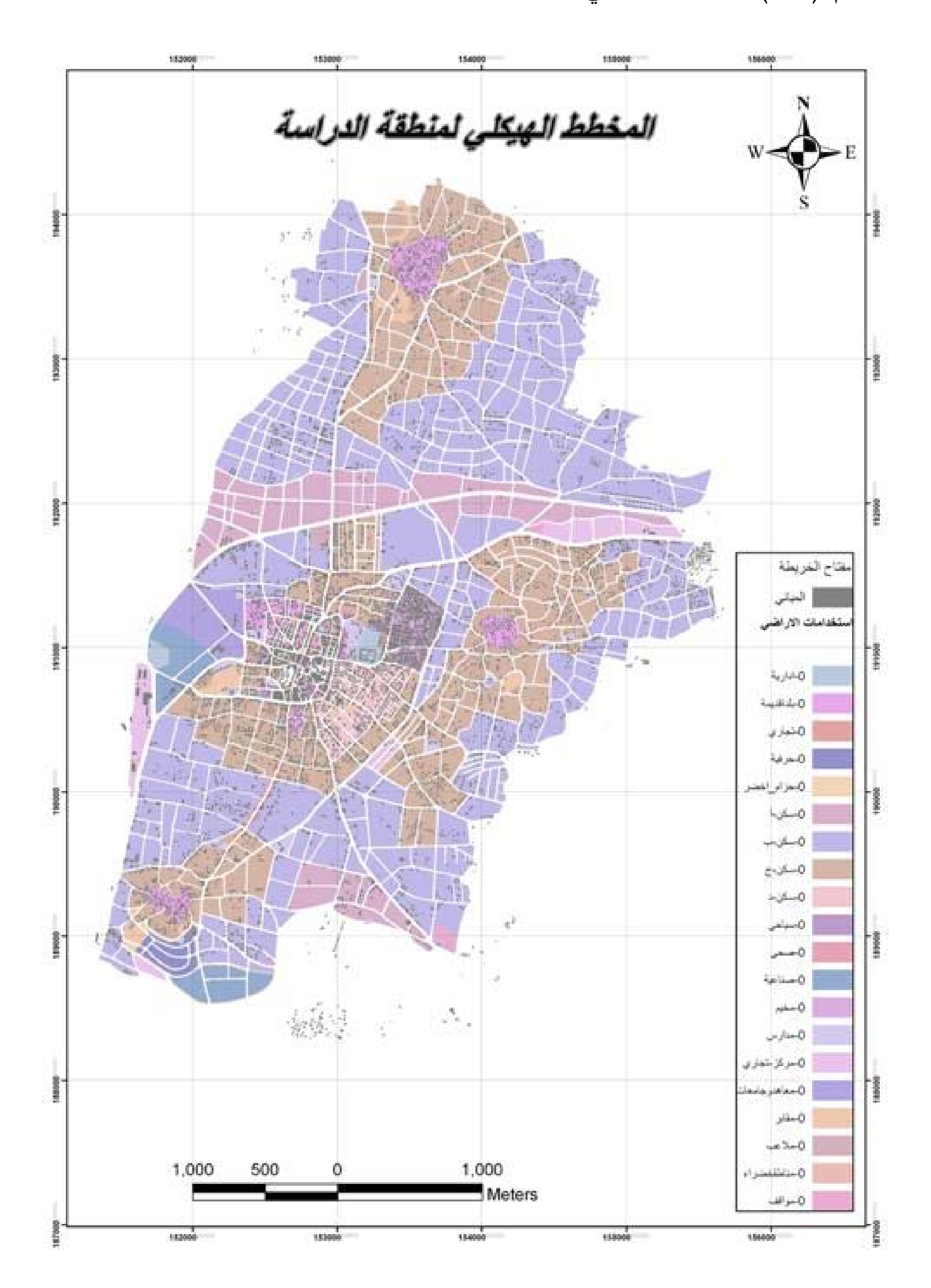
استند التحليل إلى المسح الذي قام بة الباحث للخدمات الصحية موضوع الدراسة، وذلك ضمن نطاق المنطقة التي تستهدفها الدراسة، حيث تم جمع البيانات من خلال الاستمارات المرفقة (الملحق رقم 1، والملحق رقم2)، التي شملت المستشفى الحكومي، والمستشفيات الأهلية ومراكز الرعاية الصحية الأولية الحكومية، والمركز الصحي التابع لوكالة غوث وتشغيل اللاجئين في مخيم طولكرم والصيدليات، وقد تضمنت البيانات الجوانب الجغرافية والعمرانية والبيانات الصحية وطاقة المراكز الاستيعابية، بما يتعلق بالمستشفيات والمراكز الصحية. إضافة

إلى البيانات المتعلقة بالسكان، وتوزعهم على منطقة الدراسة، استنادا إلى بيانات رسمية غير منشورة تم الحصول عليها من جهاز الإحصاء المركزي الفلسطيني استنادا إلى المسح السكاني 2007.

من ناحية أخرى اعتمدت الدراسة، على البيانات المتعلقة بالمخطط الهيكلي لمنطقة الدراسة، التي تم الحصول عليها من بلدية طولكرم (dwg cad file) وتم تحويل الملف عن طريق برنامج (GIS) إلى (shape file) كما بالخريطة (4-1) للتعامل معه.

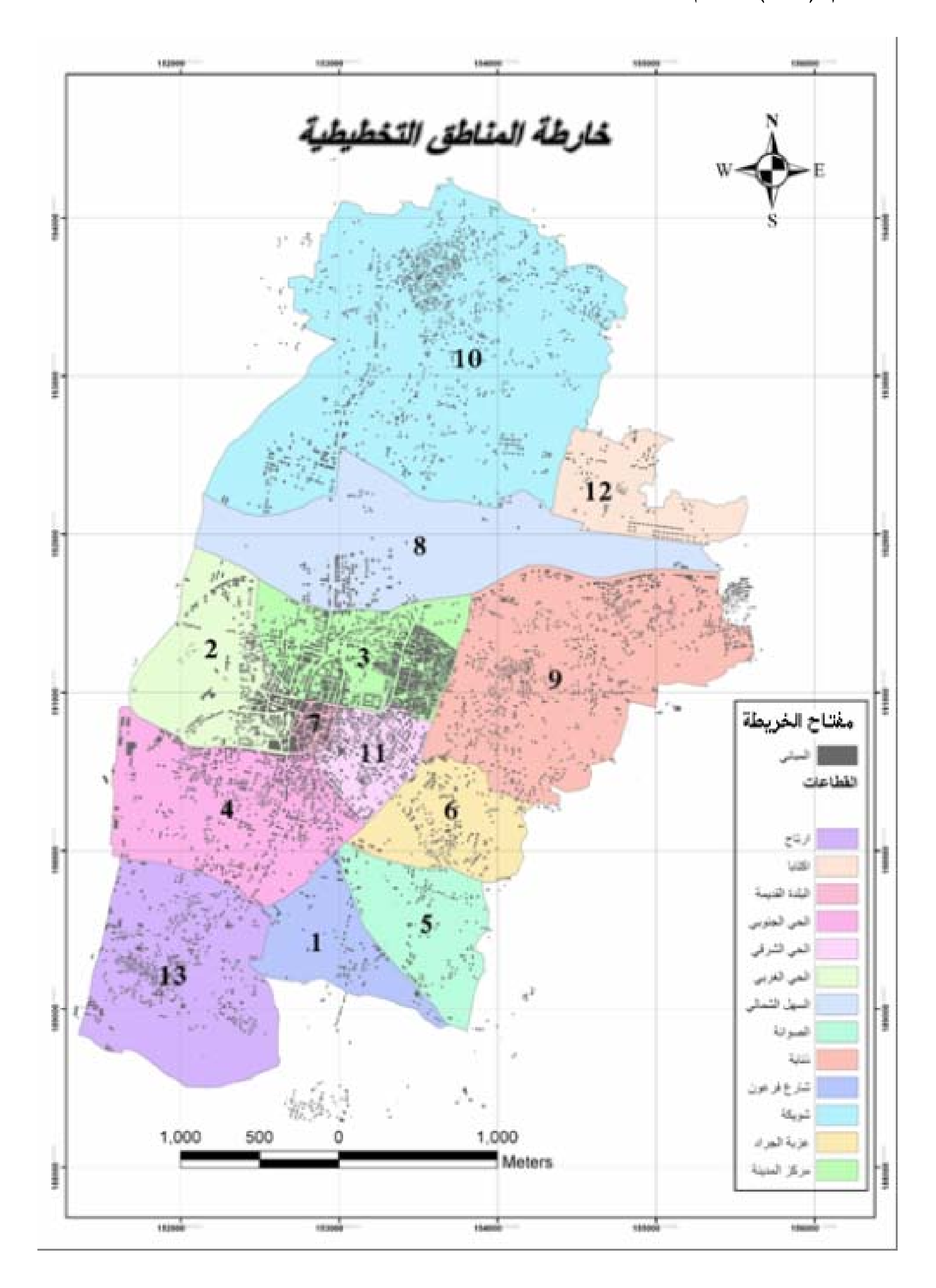
تم اعتماد التقسيمات للمناطق والأحياء، التي تتعامل معها البلدية كمناطق معتمدة,الخريطة (4-2) توضح تقسيمات المناطق التخطيطية لمنطقة الدراسة، علما بان هذا ماهو متوفر حاليا بالبلدية وتم تغذية برنامج GIS بالبيانات اللازمة لإجراء عمليات التحليل والتقييم.

الخريطة رقم (4-1) المخطط الهيكلي المحوسب لمنطقة الدراسة.



المصدر: بلدية طولكرم2009. بتصرف الباحث.

الخريطة رقم (4-2) تقسيم المنطقة الدراسية إلى مناطق تخطيطية



المصدر:بلدية طولكرم2009.بتصرف الباحث.

2.4 إجراءات التحليل :

من اجل تسهيل عملية التحليل، تم اعتماد تقسيم منطقة الدراسة إلى 13 قطاعاً سكنياً حسب التقسيمات المعتمدة في بلدية طولكرم، وتم إعطاء كل منطقة رقماً خاصاً لتسهيل التعامل مع المنطقة تخطيطيا، وتم تزويد برنامج (GIS) بتلك المعطيات عن كل منطقة كما يظهر بالخريطة (4-2).

من خلال الأمر(query) تم احتساب مساحة كل قطاع من القطاعات التي تم تقسيم منطقة الدراسة على أساسها وتحديد عدد السكان في كل منطقة من هذه المناطق كما هو موضح في الجدول (4-1).

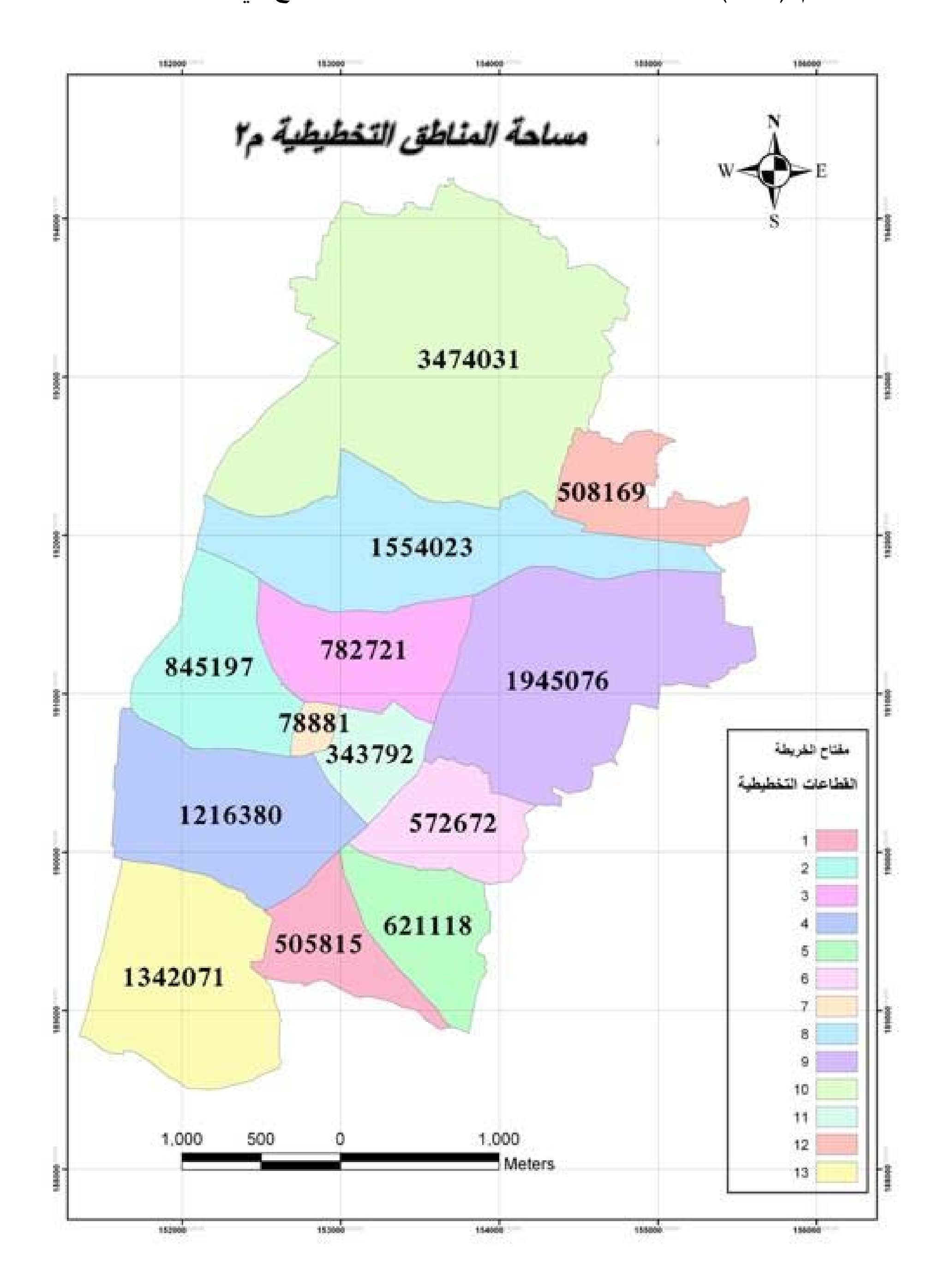
جدول رقم (4-1) مساحة المناطق التخطيطية وعدد السكان في كل منطقة

رقم المنطقة	المساحة بالمتر المربع	عدد السكان
1	505815	740
2	845197	2188
3	782721	18608
4	1216380	5537
5	621118	2770
6	572672	2497
7	78881	4130
8	1554023	2753
9	1945076	7570
10	3474031	6015
11	343792	3555
12	508169	2644
13	1342071	2853
	13789946	61860

المصدر: إعداد الباحث.

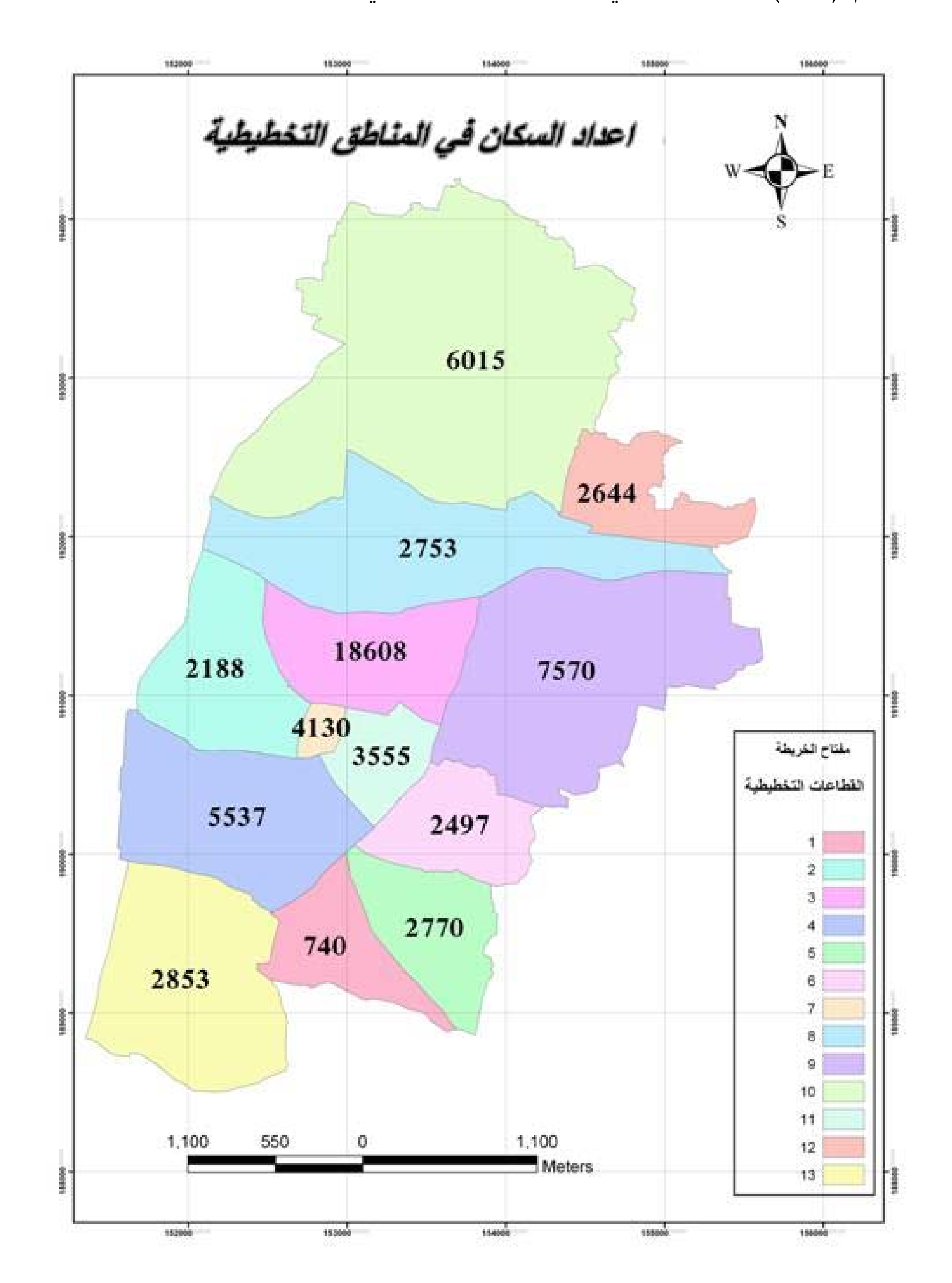
من خلال الأمر (auto lapel) تم إظهار مساحات المناطق كما هو مبين في الخريطة ((4-3 حيث تظهر مساحات المناطق بالمتر المربع وكذلك الخريطة (4-4) تظهر عدد السكان في كل منطقة من المناطق التخطيطية، مصدر أعداد السكان (الجهازالمركزي للإحصاء الفلسطيني، المسح السكاني 2007.).بيانات غير منشورة بتصرف الباحث.

الخريطة رقم (4-3) مساحات المناطق التخطيطية بالمتر المربع في منطقة الدراسة.



المصدر: إعداد الباحث.

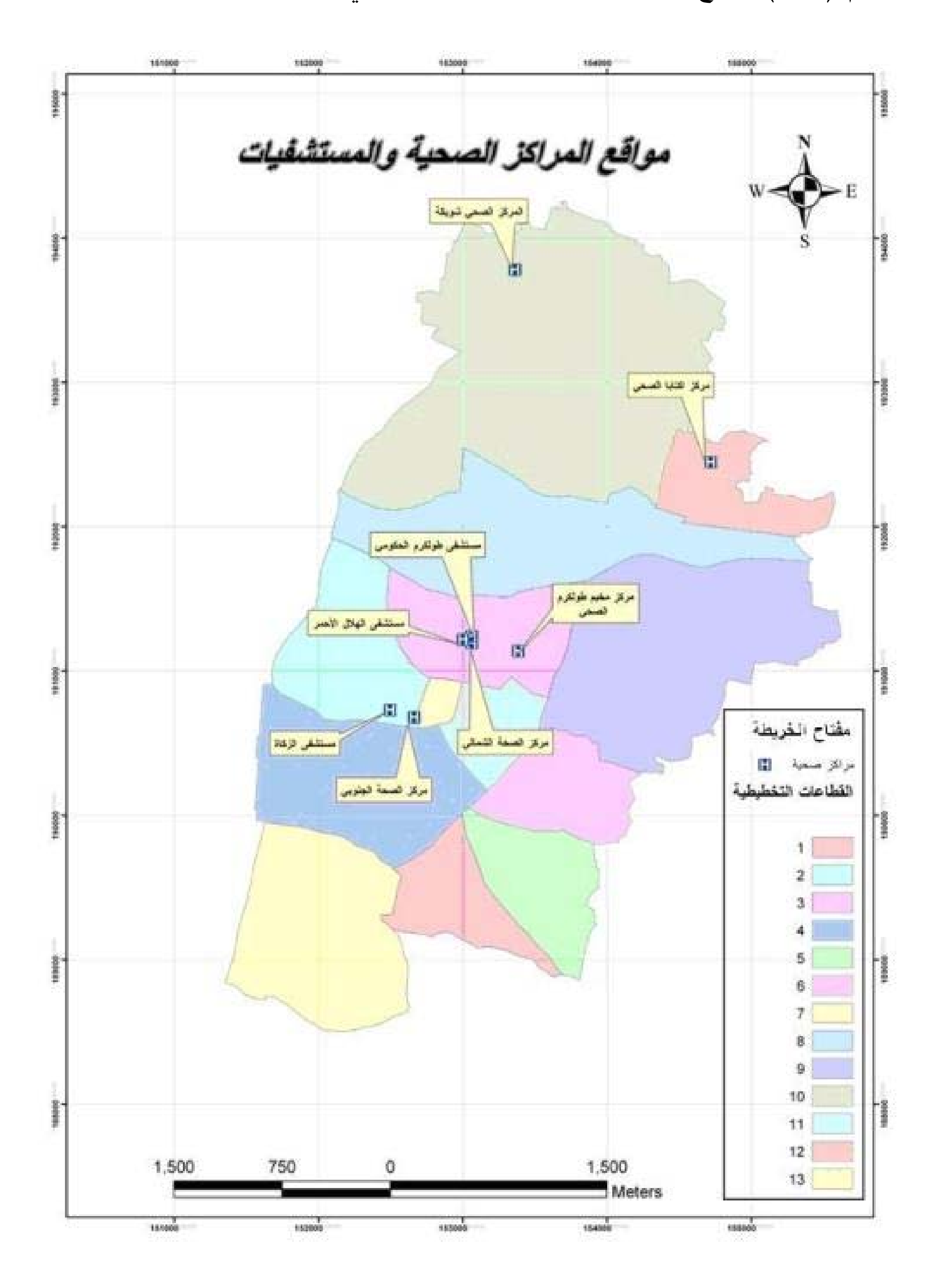
خريطة رقم (4-4) عدد السكان في المناطق التخطيطية في منطقة الدراسة



المصدر: المسح السكاني2007.بيانات غير منشورة، الخريطة من إعداد الباحث.

لقد تم عمل ((new theme للمستشفيات والمراكز الصحية وتم تغذية البرنامج بالبيانات المتعلقة بها كما يظهر في الخريطة (4-5) والجدول الإحصائي (4-2) وتم تحديد مواقعها كما يظهر في الخريطة (4-5).

خريطة رقم (4-5) مواقع المستشفيات والمراكز الصحية في منطقة الدراسة.



المصدر:إعداد الباحث.

جدول رقم (4-2) البيانات العمرانية والصحية للمستشفيات والمراكز الصحية.

البيانات	مستشفى طولكرم الحكومي	مستشفى الهلال الأحمر	مستشفى الزكاة	المركز الصحي الشمالي	المركز الصحي الجنوبي	مركزشويكة الصحي	مركزاكتابا الصحي	مركز صحي مخيم طولكرم
المساحة م2	6800	1400	5280	250	300	150	154	230
حالة المبنى	جيد	جيد	جيد	جيد	جيد	جيد	جيد	جيد
مادة البناء	حجر	حجر	الحجر	حجر	حجر	طوب	طوب	طوب
عدد الطوابق	3	3	6	2	2	1	1	1
عدد الأسرة	118	21	52	0	0	0	0	0
عدد الغرف	35	10	19	8	21	4	4	13
مركز الأشعة	موجود	غير موجود	موجود	0	0	0	0	غير موجود
المختبر	موجود	موجود	موجود	موجود	موجود	غير موجود	غير موجود	موجود
الصيدلية	موجود	موجود	موجود	موجود	موجود	موجود	موجود	موجود
عدد الموظفين	248	67	113	10	40	5	4	33
ملكية المبنى	سلطة فلسطينية	جمعية الهلال	جمعية الزكاة	سلطة فلسطينية	خاص	خاص	خاص	UNRWA
الإدارة	سلطة فلسطينية	جمعية الهلال	جمعية الزكاة	سلطة فلسطينية	سلطةفلسطينية	سلطةفلسطيية	سلطةفلسطينية	UNRWA

المصدر:إعداد الباحث.

3.4 تحليل واقع المستشفيات وتقيمها:

1- مستشفى طولكرم الحكومي:

يوجد في طولكرم مستشفى عام حكومي واحد، تبلغ مساحته 6200 مترا مربعا، وتبلغ مساحة مسطح البناء القائم3400 مترا مربعا، ويبلغ إجمالي المساحة الطابقية للبناء 6800 مترا مربعا، حيث يتكون المبنى من ثلاث طوابق، مبنية من الحجر ملكية الأرض والمبنى هي حكومية تابعة لوزارة الصحة الفلسطينية، يقع المستشفى في منطقة تجمع سكني وعلى شارع خدمة رئيس من الجهة الجنوبية، تحيط بالمستشفى ثلاثة شوارع فرعية من باقي الجهات الطرق الرئيسة المؤدية للمستشفى تعاني أثناء النهار من اختناقات مرورية.لايوجد داخل المستشفى موقف للسيارات عدى موقف سيارة الإسعاف أمام الطوارئ والذي يتسع لسيارتي إسعاف فقط

يوجد ساحة خارج المستشفى تابعة للبلدية مساحتها 300 مترا تستخدم كمواقف للسيارات، المساحات الخضراء مفقودة تقريبا بالمستشفى، يقع المستشفى في الجهة الشمالية لمركز مدينة طولكرم كما هو مبين بالخريطة (4-5).

يضم المستشفى أربعة أقسام داخلية رئيسة وهي قسم الباطني نساء و رجال، قسم الجراحة العامة، قسم الولادة، قسم الأطفال والحضانة، قسم الطوارئ، إضافة لوحدة العناية المركزة المستشفى مجهز بثلاث غرف للعمليات وإضافة للجراحة العامة يوجد جراحة عظام ومسالك بولية وانف وأذن وحنجرة.

- الأقسام الطبية المساندة يوجد في المستشفى:

1- مختبر وبنك دم 2- قسم أشعة 3- صيدلية 4-وحدة هندسة وصيانة أدوات وأجهزة طبية.

- العيادات التخصصية.

يوجد بالمستشفى 9 عيادات تخصصية تشمل التخصصات التالية:

1- عيادة العظام 2- عيادة الكلى والمسالك البولية 3- عيادة الأنف والأذن والحنجرة 4- عيادة الباطني 5- عيادة الأطفال 6- عيادة النسائية والولادة 7- عيادة أمراض الروماتيزم 8- عيادة الجراحة 9- عيادة أمراض السرطان.

يوجد بالمستشفى قسم طوارئ وسيارة إسعاف واحدة فقط.

عدد الغرف المخصصة للمرضى في المستشفى 35 غرفة وعدد الأسرة 118 سرير، لايقدم المستشفى خدمة رعاية الأمومة والطفولة.

الأطباء في المستشفى وتخصصاتهم وعددهم كما هو مبين بالجدول (4-3).

الجدول رقم (4-3) عدد الأطباء وتخصصاتهم في مستشفى طولكرم الحكومي

الرقم	التخصص	العدد
1	أطباء عامون	24
2	أطباء باطنية	4
3	أطباء أطفال	3
4	أطباء جلدية	0
5	أطباء مسالك بولية	2
6	أطباء نسائية	3
7	أطباء عظام	2
8	أطباء عيون	0
9	أطباء انف وأذن وحنجرة	2
10	أطباء أعصاب	0
العدد الإجمالي للأطباء		40

المصدر:إدارة مستشفى طولكرم الحكومي2009. بتصرف الباحث.

عدد الموظفين في المستشفى وتوزيعهم كما هو مبين في الجدول (4-4):

جدول رقم (4-4) عدد الموظفين في مستشفى طولكرم الحكومي وتوزيعهم المهني

الرقم	توزيع الموظفين	العدد
1	موظفين إداريون	48
2	أطباء	40
3	ممرضون	97
4	قابلات	11
5	أخصائيوا مختبر	1
6	فنيوا مختبر	14
7	أخصائيوا أشعة	0
8	فنيوا أشعة	4
9	صيادلة	8
10	سائقوا إسعاف	5
11	موظفوا خدمات	20
إجمالي عدد الموظفين		248

المصدر:إدارة مستشفى طولكرم الحكومي2009. بتصرف الباحث.

يتعامل المستشفى مع التامين الحكومي فقط، حيث يبلغ عدد المؤمنين حسب وزارة الصحة في محافظة طولكرم ما نسبته 65% من سكان المحافظة الذين يخدمهم مستشفى طولكرم الحكومي الوحيد في المحافظة.وحسب بيانات مستشفى طولكرم الحكومي، فان متوسط طالبي الخدمة اليومي هو 250 مريض، مع العلم أن المستشفى يقدم خدماته على مدار 24ساعة عدا العيادات التخصصية فهي تعمل من 8:00 صباحا وحتى 3:00 مساء.

من خلال المعطيات والبيانات السابقة ومقارنتها بالمعايير التخطيطية للمستشفى العام فقد تبين التالي:

1- حسب معيار المعدلات التخطيطية:

إن عدد السكان المخدومين الواقعين في نطاق منطقة الدراسة والبالغ عددهم 61860 نسمة، هذا العدد هو ضمن المعدل المطلوب للمستشفى العام وهو من 2000 إلى 250 ألف نسمة كما هو موضح في الجدول (2-20) وبالتالي فان هذا المعيار متحقق.

وأيضا إذا أخذنا بالاعتبار أن المستشفى هو المستشفى العام الحكومي في المحافظة، فانه يحقق المعيار، حيث أن عدد سكان محافظة طولكرم هو 158.213 ألف نسمة حسب المسح السكاني 2007.بخصوص نطاق تأثير الخدمة فان مساحة منطقة الدراسة تبلغ 13.79 كيلو مترا مربعا، وبالتالي فهذه المساحة تقع ضمن المعيار المطلوب والبالغ 20 كيلوا متر مربع، المعيار هنا متحقق.بخصوص عدد الأسرة فحسب المعيار المعتمد بالحد الأدنى هو سريرين لكل ألف نسمة، وبالتالي 61860 نسمة في المنطقة نطاق الدراسة فان الاحتياج هو 124 سرير والموجود في المستشفى 118 سرير فان ذلك اقل من المعيار المطلوب ب 6 أسرة وبما أن الفرق ليس كبيرا فيمكن اعتبار ماهو موجود من أسرة مناسب، لكن بما يتعلق بسكان المحافظة، الذين يخدمهم المستشفى، البالغ عددهم 158.213 ألف نسمة حسب المسح السكاني 2007.

فان الاحتياج هو بالحد الأدنى 316 سرير، وبالتالي فان النقص هو 198 سريراً عما هو متوفر حاليا.بخصوص نصيب السرير الواحد من مساحة الموقع هي حسب المعيار 150 مترا مربعا وهنا فان ذلك يعني 150مترا مربعا * 118 سرير = 17700 مترا مربعا وإذا علمنا أن مساحة المستشفى المتوفرة حاليا هي 6800 مترا مربعا فان النقص هو 17700- 6800 =10900 مترا مربعا، وبالتالي فان المساحة المتوفرة للمستشفى لا تحقق المعيار المطلوب.

2- بالنسبة لمتطلبات الموقع :

إن مستشفى طولكرم الحكومي يحقق هذا المتطلب، فهو يقع على شارع خدمة رئيسي داخل المدينة، من ناحية أخرى فهو يقع في منطقة تجمع سكني، وهذا مرغوب في مواقع المستشفيات العامة.

3- الاعتبارات الأساسية للمستشفيات العامة:

يقع مدخل مستشفى طولكرم الحكومي، على طريق خدمة، وهذا يحقق المعيار المطلوب ولكن مدخل الطوارئ لايحقق ذلك لأنه يقع على طريق يعاني من الاختناقات والمرور المكثف مما يشكل إعاقة لسيارات الإسعاف.

يوجد في مستشفى طولكرم الحكومي، مرافق سكنية ملحقة داخل المستشفى، 3 غرف سكن أطباء تتسع لتسعة أطباء وشقة صغيرة الحجم مستأجرة خارج المستشفى خاصة بالممرضات تتسع إلى 8 ممرضات، لايوجد سكن للممرضين وهذا لايفى بالاحتياج. بخصوص تصميم مبنى المستشفى فهو يحقق التهوية الطبيعية الجيدة، ويسمح بدخول أشعة الشمس بشكل يحقق الراحة للمرضى، فاتجاه المبنى هو طولي من الشرق إلى الغرب، والشبابيك بمعظمها من الشمال والجنوب، وهذا يحقق الاعتبار المطلوب والمرغوب.بخصوص الساحات والمساحات الخضراء فهي غير موجودة في المستشفى.

مستشفى طولكرم الحكومي قابل للتوسعة المستقبلية بما يتعلق بالتوسع العمودي.بالنسبة لمواقف السيارات حسب المعيار موقف واحد لكل سريرين، هذا غير متوفر حيث أن الموقف المتوفر خارج المستشفى يوفر موقف ل18 سيارة فقط والاحتياج هو توفير موقف ل59 سيارة أي النقص هو عدم توفر موقف ل 41 سيارة.

2- المستشفيات الأهلية:

أ- مستشفى الهلال الأحمر:

يتبع هذا المستشفى جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني، التي يعود تاريخ تأسيسها في مدينة طولكرم إلى العام 1948م، أنشئت الجمعية المستشفى في العام 1991م وذلك في نفس مقر الجمعية، الذي تبلغ مساحة الأرض التي يقوم عليها 1300 م2، إجمالي المساحة الطابقية للبناء القائم 3200م2، حيث يتكون المبنى من ثلاث طوابق مبنية من الحجر، ملكية المبنى تابعة لجمعية الهلال الأحمر الفلسطيني، يحتوي المبنى إضافة للمستشفى على المكاتب الإدارية لجمعية الهلال الأحمر، وقاعات خاصة بأنشطة الجمعية، وميتم ودار حضانة، وقسم خاص بتنظيم الأسرة، وسكن للموظفين، ويحتل المستشفى والمرافق التابعة له من مساحة البناء 1400 م2.

يقع المستشفى في منطقة تجمع سكني وتجاري، على شارع خدمة رئيس، يحيط بالمستشفى من الجهة الشمالية الشارع الرئيس، حيث يفصله هذا الشارع عن مستشفى طولكرم الحكومي ومن الجهة الغربية يحده شارع خدمة فرعي، ومن الجهة الجنوبية مباني خاصة، ومن الجهة الشرقية مبنى شركة الاتصالات الفلسطينية.الطرق الرئيسية المؤدية للمستشفى تعاني أثناء النهار من اختناقات مرورية.لايوجد داخل المستشفى موقف للسيارات عدا موقف لسيارة إسعاف واحدة في المدخل الرئيس للمستشفى، وباقي سيارات الإسعاف التابعة للمستشفى تقف في الشارع الرئيس أمام المستشفى، المساحات الخضراء مفقودة بالمستشفى، يقع المستشفى في الجهة الشمالية لمركز مدينة طولكرم كما هو مبين بالخريطة (4-5).

يضم المستشفى أربعة أقسام، وهي الجراحة العامة، والولادة، والمسالك البولية، والعلاج الطبيعي. المستشفى مجهز بثلاث غرف للعمليات.

- الأقسام الطبية المساندة:

يوجد في المستشفى: مختبر و صيدلية و وحدة هندسة وصيانة أدوات وأجهزة طبية.

- العيادات التخصصية:

يوجد بالمستشفى 5 عيادات تخصصية تشمل التخصصات التالية:

1- عيادة النسائية والولادة 2- عيادة الجراحة 3- عيادة المسالك البولية 4- عيادة العظام

5- عيادة الأنف والأذن والحنجرة.

يوجد في المستشفى قسم طوارئ صغير، يضم ثلاثة أسرة.يوجد في المستشفى9 سيارات إسعاف.عدد الغرف المخصصة للمرضى في المستشفى 10 غرف، وعدد الأسرة 21 سرير.يقدم المستشفى خدمة رعاية الأمومة والطفولة.

الأطباء في المستشفى وتخصصاتهم وعددهم كما هو مبين بالجدول (4-5).

الجدول رقم (4-5) عدد الأطباء وتخصصاتهم في مستشفى الهلال الأحمر طولكرم

الرقم	التخصص	العدد
1	أطباء عامون	4
2	أطباء باطنية	0
3	أطباء أطفال	2
4	أطباء جلدية	0
5	أطباء مسالك بولية	1
6	أطباء نسائية	3
7	أطباء عظام	1
8	أطباء عيون	0
9	أطباء انف وأذن وحنجرة	1
10	أطباء أعصاب	1
العدد الإجمالي للأطباء		13

المصدر:إدارة مستشفى الهلال الأحمر طولكرم 2009. بتصرف الباحث.

عدد الموظفين في المستشفى وتوزعهم كما هو مبين في الجدول (4–6):

جدول رقم (4–6) عدد الموظفين في مستشفى الهلال الأحمر في طولكرم وتوزيعهم المهني

الرقم	توزيع الموظفين	العدد
1	موظفون إداريون	12
2	أطباء	13
3	ممرضون	14
4	قابلات	2
5	أخصائيوا مختبر	1
6	فنيوا مختبر	0
7	أخصائيوا أشعة	0
8	فنيوا أشعة	0
9	صيدلي	1
10	سائقوا إسعاف	15
11	موظفوا خدمات	9
إجمالي عدد الموظفين		67

المصدر:إدارة مستشفى الهلال الأحمر 2009. بتصرف الباحث.

لايتعامل المستشفى مع التامين الحكومي، وإنما يتعامل مع التامين الخاص.وحسب بيانات المستشفى، فان متوسط طالبي الخدمة اليومي هو 10 مرضى فقط، مع العلم أن المستشفى يقدم خدماته على مدار 24ساعة، عدى العيادات التخصصية فهي تعمل من 8:00 صباحا وحتى 3:00 مساء.

من خلال المعطيات والبيانات المبينة سابقا ومقارنتها بالمعايير التخطيطية للمستشفى العام فقد تبين التالي:

1- حسب معيار المعدلات التخطيطية:

إن عدد السكان المخدومين الواقعين في نطاق منطقة الدراسة والبالغ عددهم 61860 نسمة، هذا العدد هو ضمن المعدل المطلوب للمستشفى العام، وهو من 2000 إلى 250 ألف نسمة كما هو موضح في الجدول (2-20) وبالتالي فان هذا المعيار متحقق.بخصوص نطاق تأثير الخدمة، فان مساحة منطقة الدراسة تبلغ 13.79 كيلومتر مربع وبالتالي فهذه المساحة تقع ضمن المعيار المطلوب البالغ 20 كيلوا متر مربع، المعيار هنا متحقق.بخصوص نصيب السرير الواحد من مساحة الموقع هي حسب المعيار 150 مترا مربعا وهنا فان ذلك يعني 150متر مربع * 21 سرير = 3150 مترا مربعا وإذا علمنا أن مساحة المستشفى المتوفرة حاليا هي 1400 مترا مربعا فان النقص هو 3150 - 1400 = 1750 مترا مربعا وبالتالي فان المساحة المتوفرة للمستشفى لا تحقق المعيار المطلوب.

2- بالنسبة لمتطلبات الموقع:

إن مستشفى الهلال الأحمر يحقق هذا المتطلب فهو يقع على شارع خدمة رئيس داخل المدينة، من ناحية أخرى فهو يقع في منطقة تجمع سكني وهذا مرغوب في مواقع المستشفيات العامة.

3- الاعتبارات الأساسية للمستشفيات العامة :

يقع مدخل مستشفى الهلال الأحمر على طريق خدمة، وهذا يحقق المعيار المطلوب ولكن مدخل المستشفى يقع على طريق يعاني من الاختناقات والمرور المكثف، مما يشكل إعاقة لسيارات الإسعاف.يوجد في مستشفى الهلال الأحمر مرافق سكنية ملحقة داخل المستشفى حالتها جيدة.بخصوص تصميم مبنى المستشفى فهو لا يحقق التهوية الطبيعية الجيدة، ولا يسمح بدخول أشعة الشمس، بشكل يحقق الراحة للمرضى، فاتجاه المبنى هو طولي من الشمال إلى الجنوب

والشبابيك بمعظمها من الجهة الغربية، والبعض منها مفتوح على ممر داخلي من الجهة الشرقية، وهذا لا يحقق الاعتبار المطلوب.بخصوص الساحات والمساحات الخضراء فهي غير موجودة في المستشفى. مستشفى الهلال الأحمر غير قابل للتوسعة المستقبلية بالوضع الحالي التوسعة ممكنة فقط في حالة تم نقل مركز جمعية الهلال والأنشطة الأخرى إلى خارج المبنى.بالنسبة لمواقف السيارات حسب المعيار موقف واحد لكل سريرين فهذا غير متوفر حيث أن الموقف المتوفر خارج المستشفى يوفر موقف لسيارة واحدة فقط والاحتياج هو توفير موقف ل20 سيارة على الأقل بما في ذلك سيارات الإسعاف أي النقص هو عدم توفر موقف ل 19 سيارة.

2- مستشفى الزكاة:

يتبع هذا المستشفى إلى لجنة الزكاة في محافظة طولكرم، أنشئت الجمعية المستشفى في العام 1992م وتم افتتاحه للعمل في2002م، وتبلغ مساحة الأرض التي يقوم عليها1800 م2، تبلغ مساحة مسطح البناء880م2، ويبلغ إجمالي المساحة الطابقية للبناء القائم5280 م2، حيث يتكون المبنى من 6 طوابق مبنية من الحجر، ملكية المبنى تابعة للجنة الزكاة.

يقع المستشفى في منطقة تجمع سكني وترفيهي وعلى شارعي خدمة رئيسه، يحيط بالمستشفى من الجهة الشمالية ساحة مفتوحة ومن الجهة الشرقية شارع خدمة رئيس، حيث يفصله هذا الشارع عن مدرسة ثانوية، ومن الجهة الغربية يحده شارع خدمة فرعي، ومن الجهة الجنوبية شارع خدمة رئيس يفصله عن متنزه بلدية طولكرم.الطرق الرئيسة المؤدية للمستشفى لا تعاني من اختناقات مرورية. يوجد داخل المستشفى موقف للسيارات، المساحات الخضراء غير موجودة في المستشفى، يقع المستشفى في الجهة الغربية لمركز مدينة طولكرم كما هو مبين بالخريطة (4-5).

يضم المستشفى ثمانية أقسام وهي الجراحة رجال والجراحة نساء والباطني رجال والباطني نساء وقسم الولادة وقسم الحضانة وقسم العلاج الطبيعي وقسم العمليات الذي يحتوي على غرف عناية مكثفة وعناية مركزة. المستشفى مجهز بغرفتين للعمليات.

- الأقسام الطبية المساندة:

يوجد بالمستشفى:

1- مختبر وبنك دم 2- صيدلية 4-وحدة هندسة وصيانة أدوات وأجهزة طبية، قسم أشعة وتخطيط دماغ ،

- العيادات التخصصية:

يوجد بالمستشفى 10 عيادات تخصصية تشمل التخصصات التالية:

1- عيادة النسائية والولادة 2- عيادة الجراحة 3- عيادة المسالك البولية 4- عيادة العظام

5- عيادة الأنف والأذن والحنجرة 6- عيادة أمراض القلب والشرايين 7- عيادة أطفال

8- عيادة أسنان 9- عيادة الباطنية 10- عيادة العيون.

يوجد بالمستشفى قسم طوارئ طاقته الاستيعابية العادية 25 حالة.ويوجد في المستشفى سيارات إسعاف عدد 2.عدد الغرف المخصصة للمرضى في المستشفى 19 غرفه وعدد الأسرة 52 سرير، يقدم المستشفى خدمة رعاية الأمومة والطفولة.

الأطباء في المستشفى وتخصصاتهم وعددهم كما هو مبين في الجدول (4-7).

الجدول رقم (4-7) عدد الأطباء وتخصصاتهم في مستشفى الزكاة طولكرم

الرقم	التخصص	العدد
1	أطباء عامون	4
2	أطباء باطنية	1
3	أطباء أطفال	2
4	أطباء جلدية	0
5	أطباء مسالك بولية	0
6	أطباء نسائية	2

7	أطباء عظام	4
8	أطباء عيون	1
9	أطباء انف وأذن وحنجرة	3
10	أطباء أعصاب	1
العدد الإجمالي للأطباء		18

المصدر:إدارة مستشفى الزكاة طولكرم 2009. بتصرف الباحث.

عدد الموظفين في المستشفى وتوزيعهم كما هو مبين في الجدول (4-8):

جدول رقم (4-8) عدد الموظفين في مستشفى الزكاة طولكرم وتوزيعهم المهني

الرقم	توزيع الموظفين	العدد
1	موظفون إداريون	21
2	أطباء	18
3	ممرضون	36
4	قابلات	4
5	أخصائيوا مختبر	1
6	فنيوا مختبر	4
7	أخصائيوا أشعة	1
8	فنيوا أشعة	1
9	صيدلي	3
10	سائقوا إسعاف	3
11	موظفوا خدمات	21
إجمالي عدد الموظفين		113

المصدر:إدارة مستشفى الزكاة 2009. بتصرف الباحث.

لايتعامل المستشفى مع التامين الحكومي، وإنما يتعامل مع التامين الخاص حيث يبلغ عدد المؤمنين بالمستشفى 1011.حسب بيانات المستشفى، فان متوسط طالبي الخدمة اليومي هو

42 مع العلم أن المستشفى يقدم خدماته على مدار 24 ساعة عدى العيادات التخصصية فهي تعمل من 8:00 صباحا وحتى 3:00 مساء.

من خلال المعطيات والبيانات المبينة اعلاة ومقارنتها بالمعايير التخطيطية للمستشفى العام فقد تبين التالي:

1- حسب معيار المعدلات التخطيطية:

إن عدد السكان المخدومين الواقعين في نطاق منطقة الدراسة والبالغ عددهم 61860 نسمة، هذا العدد هو ضمن المعدل المطلوب للمستشفى العام وهو من 2000 إلى 250 ألف نسمة كما هو موضح في الجدول (2-20) وبالتالي فان هذا المعيار متحقق.

بخصوص نطاق تأثير الخدمة، فان مساحة منطقة الدراسة تبلغ 13.79 كيلو متر مربع وبالتالي فان هذه المساحة تقع ضمن المعيار المطلوب، والبالغ 20 كيلوا متر مربع، المعيار هنا متحقق.بخصوص نصيب السرير الواحد من مساحة الموقع، فهي حسب المعيار 150 مترا مربعا وهنا فان ذلك يعني 150متر مربع للسرير الواحد * 52 سرير = 7800 متر مربع وإذا علمنا أن مساحة المستشفى المتوفرة حاليا هي 5280 متر مربع فان النقص هو 7800 - 5280 = 2520 مترا مربعا، يخصم من هذه المساحة، مساحة مواقف السيارات المتوفرة بالمستشفى والبالغة 900 مترا مربعا، تبقى هنا مساحة النقص عن المعدل 1620 مترا مربعا وبالتالي فان المساحة المتوفرة للمستشفى اقل من المعيار المطلوب.

2- بالنسبة لمتطلبات الموقع:

مستشفى الزكاة يحقق هذا المتطلب، فهو يقع على شارعي خدمة رئيسه داخل المدينة، من ناحية أخرى فهو يقع في منطقة تجمع سكني، وقرب متنزه وهذا مرغوب في مواقع المستشفيات العامة.

3- الاعتبارات الأساسية للمستشفيات العامة:

يقع مدخل مستشفى الزكاة، على طريق خدمة وهذا يحقق المعيار المطلوب، من ناحية أخرى فان مدخل المستشفى يقع على طريق لا يعاني من الاختناقات والمرور المكثف مما يحقق هذا الاعتبار.

يوجد في مستشفى الزكاة مرافق سكنية ملحقة داخل المستشفى، وهي مناسبة بخصوص تصميم مبنى المستشفى فهو يحقق التهوية الطبيعية الجيدة، ويسمح بدخول أشعة الشمس بشكل يحقق الراحة للمرضى، فاتجاه المبنى هو من الشمال إلى الجنوب، والشبابيك من جميع الجهات وهذا يحقق الاعتبار المطلوب.

بخصوص المساحات الخضراء، فهي غير موجودة في المستشفى.مستشفى الزكاة قابل للتوسعة العمودية.بالنسبة لمواقف السيارات حسب المعيار موقف واحد لكل سريرين وهذا متوفر، حيث أن الموقف المتوفر داخل المستشفى يوفر موقف ل 54 سيارة وهذا يفي بالاحتياج المطلوب.

4.4 تحليل واقع المراكز الصحية وتقيمها:

المراكز الصحية في منطقة الدراسة خمسة مراكز وهي :

1- مركز مديرية صحة طولكرم /العيادة الشمالية.

2- مركز مديرية صحة طولكرم / العيادة الجنوبية.

3- مركز رعاية شويكة الصحي.

4- مركز الرعاية الصحية الأولية/ اكتابا.

5- مركز رعاية مخيم طولكرم الصحي.

1.4.4 التحليل حسب معايير الخدمات العامة الصحية:

1- مركز مديرية صحة طولكرم /العيادة الشمالية:

صفة المركز، هو عبارة عن مركز رعاية صحية أولية، يقع مبنى المركز في الجهة الشمالية من مركز مدينة طولكرم كما هو مبين في الخريطة (4-5) مساحة المبنى 250 مترا مربعا وهو عبارة عن طابقين ويتكون من 8 غرف، مادة البناء هي من الحجر، ويقع في الجزء الجنوبي من المبنى القديم لمستشفى طولكرم، ويقع على شارع خدمة رئيسي ملكية المبنى حكومي تابع لوزارة الصحة الفلسطينية، لايوجد ساحات في المبنى حالة المبنى جيدة تصنف المنطقة التي يطل عليها المركز منطقة تجارية.

إضافة لعيادة الطب العام، يوجد في المركز عيادة طب نفسي متخصصة يعمل فيها طبيب واحد ويوجد مختبر وصيدلية لايقدم المركز خدمة رعاية أمومة وطفولة.أما بما يتعلق بالموظفين وتخصصاتهم فالجدول (4-9) يبين توزعهم على التخصصات وأعدادهم.

حسب بيانات المركز فان عدد طالبي الخدمة يصل يوميا الى200 طالب خدمة.المركز يقدم خدماته في ساعات النهار فقط من الساعة 8:00 صباحا وحتى 3:00 مساء.

جدول رقم (4-9) عدد الموظفين وتخصصاتهم مركز مديرية صحة طولكرم /العيادة الشمالية

الرقم	توزيع الموظفين	العدد
1	طبيب عام	2
2	طبيب أعصاب	1
3	ممرضون	3
4	كاتب سجل	1
5	صيدلي	1
6	فني مختبر	1
7	موظف خدمات	1
إجمالي الموظفين		10

المصدر:مكتب وزارة الصحة طولكرم2009. بتصرف الباحث.

من خلال المعطيات والبيانات المبينة سابقا ومقارنتها بالمعايير التخطيطية للمراكز الصحية فقد تبين التالي:

أولا : حسب معيار المعدلات التخطيطية للمراكز الصحية الوارد في الفصل الثاني الإطار النظري في الجدول (2–19).

1– بخصوص عدد السكان المخدومين من 400 إلى 15000 ألف فان هذا المعيار غير متحقق، حيث أن عدد السكان المخدومين من خلال هذا المركز يبلغ 33.174 ألف نسمة تقريبا. حيث يقع السكان في المناطق التي تحمل الأرقام (2 و6 و8 و9 و11 والنصف الشمالي للمنطقة رقم 3 وسكان مخيم طولكرم الذين يحملون تامين صحي حكومي) ضمن نطاق خدمة هذا المركز، مما يشكل عبئا كبيرا على هذا المركز (انظر الخريطة (4–2) التي تبين أرقام المناطق والخريطة (4–4) التي تبين عدد سكان تلك المناطق).بالنسبة لنطاق الخدمة 800 متر فان هذا المعيار غير متحقق حيث أن هذا المركز يقدم خدمات للسكان خارج هذا النطاق نتيجة العجز بوجود المراكز في المناطق الأخرى.

بالنسبة لمساحة المبنى مقارنة بعدد المراجعين اليومي 200 طالب خدمة يومي، وعدد السكان المفترض أن يخدمهم والذي يبلغ تقريبا 33.174 ألف فهي غير كافية حيث تبلغ مساحة المبنى 250 مترا مربعا فقط.

2– تحقيق المركز لمتطلبات الموقع لمراكز الرعاية الصحية الأولية

يقع مركز مديرية صحة طولكرم /العيادة الشمالية في مكان يتوسط مجموعة من المجاورات السكنية وهذا الأمر مناسب من هذه الناحية ولكن مع وجود نقص في المناطق السكنية الأخرى فان وجودة الملاصق لمبنى المستشفى الحكومي يمكن اعتباره تكراراً للخدمة في نفس الموقع.

كما هو موضح في الخريطة (4-5).موقع المركز يطل على شارع تجاري وقريب جدا من مدرسة حيث يبعد مدخل المدرسة عن هذا المركز 30 متر فقط وهذا غير مناسب، المركز يقع على شارع خدمة رئيسة وهذا مناسب.

3-تحقيق المركز للاعتبارات الأساسية التي يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار .

- المركز يؤدي خدمة رعاية الأمومة والطفولة وهذا مناسب .

- موقع المركز سهل الوصول إليه باستخدام السيارة وهذا مناسب .

- لايوجد للمركز مدخل غير المدخل الرئيس.

- لا يتوفر في المركز مواقف للسيارات في داخله أو خارجه وهذا غير مناسب.

2- مركز مديرية صحة طولكرم / العيادة الجنوبية:

إضافة لكونه مركز رعاية صحية أولية، فهو أيضا يضم المركز الإداري لمديرية الصحة الفلسطينية في محافظة طولكرم.

تبلغ مساحة المبنى 300 متر مربع، وهو عبارة عن طابقين، مادة البناء من الحجر، يتكون المبنى من 21 غرفة، يقع هذا المركز الصحي في الجزء الجنوبي من مركز مدينة طولكرم كما هو مبين في الخريطة (4-5).ويقع أيضا على شارعي خدمة رئيسه ضمن منطقة تجمع بين التجمع التجاري والسكني، مبنى المركز ملك خاص وهو مستأجر من قبل وزارة الصحة يوجد في المركز مساحة خضراء تحتاج إلى عناية.

يختلط في المركز نتيجة ضيق المكان، العمل الطبي بالإداري، يوجد في المركز مختبر وصيدلية، يوجد بالمركز سيارة إسعاف واحدة تستخدم للمسائل الإدارية، يوجد في المركز 4 عيادات تخصصية وهي عيادة الطب العام، والنسائية، والباطني، والأطفال.يصل عدد طالبي

الخدمة اليومي حسب بيانات المركز إلى 180 طالب خدمة.أما بما يتعلق بتوزيع الموظفين وأعدادهم يبينه الجدول (4-10).

جدول رقم (4-10) عدد الموظفين وتوزيعهم في مركز مديرية صحة طولكرم/العيادة الجنوبية.

الرقم	توزيع الموظفين	العدد
1	موظف إداري	13
2	طبيب عام	2
3	طبيب أطفال	1
4	طبيب نسائية	1
5	طبيب باطني	1
6	ممرضين	8
7	قابلات	3
8	فني مختبر	4
9	صيدلي	3
10	سائق إسعاف	1
11	موظف خدمات	3
إجمالي الموظفين		40

المصدر:مكتب وزارة الصحة طولكرم2009. بتصرف الباحث.

يشتمل المركز على عيادة أمومة وطفولة إضافة إلى مركز تطعيم ويعمل المركز خلال ساعات النهار من الساعة 8:00 صباحا وحتى 3:00 مساء.

التحليل والتقييم:

من خلال المعطيات والبيانات المبينة أعلاه ومقارنتها بالمعايير التخطيطية للمراكز الصحية فقد تبين التالي:

1-حسب معيار المعدلات التخطيطية للمراكز الصحية الوارد في الفصل الثاني الإطار النظري في الجدول (2-19).بخصوص عدد السكان المخدومين من 400 إلى 15000 نسمة فان هذا

المعيار غير متحقق حيث أن عدد السكان المخدومين من خلال هذا المركز يبلغ تقريبا 20054 نسمة والذي يقع ضمن نطاق خدمته السكان في المناطق (1 و13 و5 و4 و7) ونصف سكان المنطقة رقم 3 بدون سكان مخيم طولكرم)مما يشكل عبئاً على المركز (انظر الخريطة (4-2) التي تبين المناطق المذكورة، والخريطة (4-4)التي تبين عدد سكان تلك المناطق).

2- بالنسبة لنطاق الخدمة 800 متر فان هذا المعيار غير متحقق، حيث أن هذا المركز يقدم خدمات للسكان خارج هذا النطاق نتيجة العجز بوجود المراكز في المناطق الأخرى.

بالنسبة لمساحة المبنى مقارنة بعدد المراجعين اليومي 180 طالب خدمة يومي، وعدد السكان المفترض أن يخدمهم و الذي يبلغ تقريبا 20054 نسمة فهو غير كافٍ حيث تبلغ مساحة المبنى 300 مترا مربعا فقط إضافة إلى أن نفس المركز الصحي هو نفسه المبنى الإداري الرئيس لوزارة الصحة في محافظة طولكرم مما يشكل اكتظاظاً في المبنى.

2- تحقيق المركز لمتطلبات الموقع لمراكز الرعاية الصحية الأولية.

يقع مركز مديرية صحة طولكرم /العيادة الجنوبية، بمكان يتوسط مجموعة من المجاورات السكنية ولكن ضمن مركز تجاري يضم الحسبة الرئيسية في مدينة طولكرم وهذا غير مناسب كما هو موضح في الخريطة (4-5).

موقع المركز يطل على شارعين تجاريين، وقريب جدا من مدرسة حيث يبعد مدخل المدرسة عن المدخل الغربي للمركز 50 متر تقريبا، وهذا غير مناسب، المركز يقع على شارعي خدمة رئيسة وهذا مناسب من هذه الناحية.

ثالثا : تحقيق المركز للاعتبارات الأساسية التي يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار.

- المركز يؤدي خدمة رعاية الأمومة والطفولة وهذا مناسب.

- موقع المركز سهل الوصول إليه باستخدام السيارة وهذا مناسب.

- يوجد للمركز مدخلان وهذا مناسب

- لا يتوفر في المركز مواقف للسيارات في داخله أو خارجه وهذا غير مناسب.

3- مركز رعاية شويكة الصحي:

تبلغ مساحة المبنى 150 مترا مربعا يتكون المبنى من طابق واحد عبارة عن شقة، ويشتمل على 4 غرف، مادة البناء من الطوب، يقع في شمال البلدة القديمة من شويكة كما هو مبين بالخريطة (4-5).يقع المركز على شارع خدمة رئيس، و يقع مبنى المركز في تجمع سكني ملكية المبنى خاصة، وهو مستأجر من قبل وزارة الصحة الفلسطينية.يوجد في المركز عيادتان واحدة طب عام والأخرى نسائية إضافة إلى صيدلية.يوجد في المركز رعاية أمومة وطفولة.

أما بالنسبة لعدد الموظفين بالمركز وتوزيعهم يبينه الجدول (4-11).

جدول رقم (4-11) عدد الموظفين وتوزيعهم في مركز رعاية شويكة الصحي.

الرقم	توزيع الموظفين	العدد
1	طبيب عام	1
2	طبيب نسائية	1
3	صيدلي	1
4	ممرضين	0
5	قابلات	2
6	موظفي خدمات	0
إجمالي الموظفين		5

المصدر:مكتب وزارة الصحة طولكرم2009. بتصرف الباحث.

عدد طالبي الخدمة اليومي حسب بيانات المركز، يصل الى70 حالة يوميا، المركز يقدم خدمة نهارية فقط ضمن ساعات الدوام من الساعة 8:00 صباحا وحتى 3:00 مساء.

من خلال المعطيات والبيانات المبينة أعلاه ومقارنتها بالمعايير التخطيطية للمراكز الصحية فقد تبين التالي:

1-حسب معيار المعدلات التخطيطية للمراكز الصحية الوارد في الفصل الثاني الإطار النظري في الجدول (2-19).

بخصوص عدد السكان المخدومين من 400 إلى 15000 نسمة فان هذا المعيار متحقق حيث أن عدد السكان المخدومين من خلال هذا المركز يبلغ 6015 نسمة و يقع ضمن نطاق خدمته السكان في المنطقة رقم (10) كما هو مبين بالخريطة (4-4).وهذا مناسب.

بالنسبة لنطاق الخدمة 800 متر فان هذا المعيار غير متحقق كما هو مبين بالخريطة

(4-6).التي تظهر أن هناك مساحات غير مخدومة في المنطقة رقم (10) التي يخدمها المركز.

بالنسبة لمساحة المبنى مقارنة بعدد المراجعين اليومي 70 طالب خدمة يومي وعدد السكان المفترض أن يخدمهم يبلغ تقريبا 6015 نسمة مساحة المركز غير كافية حيث تبلغ مساحة المبنى 150 مترا مربعا فقط.

2- تحقيق المركز لمتطلبات الموقع لمراكز الرعاية الصحية الأولية.

يقع مركز رعاية شويكة الصحي بمكان يتوسط مجموعة من المجاورات السكنية، وهذا مناسب.كما هو مبين في الخارطة (4-5).موقع المركز يطل على شارع خدمة ومنطقة هادئة وهذا مناسب.

3- تحقيق المركز للاعتبارات الأساسية التي يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار.

- المركز يؤدي خدمة رعاية الأمومة والطفولة وهذا مناسب .

- موقع المركز سهل الوصول إليه باستخدام السيارة وهذا مناسب .

- يوجد للمركز مدخل واحد.

- لا يتوفر في المركز مواقف للسيارات في داخله يوجد موقف للسيارات خارج المركز وهذا مناسب.

4- مركز الرعاية الصحية الأولية/ اكتابا:

يقع المركز في ضاحية اكتابا كما هو مبين بالخريطة (4-5) مساحة المركز 154 مترا مربعا المبنى مكون من طابقين وهو مستأجر من قبل وزارة الصحة، مادة البناء من الطوب حالة المبنى جيدة، يتكون المبنى من 4 غرف، يقع المبنى على شارع خدمة رئيسي ضمن تجمع سكني، يوجد في المركز عيادة طب عام، وعيادة طب نسائية، وصيدلية، عدد الموظفين وتوزيعهم يتبين بالجدول (4-12).

جدول رقم (4-12) عدد الموظفين وتوزيعهم في مركز الرعاية الصحية الأولية اكتابا.

الرقم	توزيع الموظفين	العدد
1	طبيب عام	1
2	طبيب نسائية	1
3	تمريض	1
4	قابلات	0
5	موظف خدمات	1
6	صيدلي	0
إجمالي الموظفين		4

المصدر: مكتب وزارة الصحة طولكرم2009. بتصرف الباحث.

عدد طالبي الخدمة اليومي حسب بيانات المركز يصل إلى 40 طالب خدمة يقدم المركز الخدمة النهارية فقط ضمن ساعات الدوام من الساعة 8:00 وحتى الساعة 3:00 مساء.

من خلال المعطيات والبيانات المبينة اعلاة، ومقارنتها بالمعايير التخطيطية للمراكز الصحية، فقد تبين التالي:

1- حسب معيار المعدلات التخطيطية للمراكز الصحية، الوارد في الفصل الثاني الإطار النظري في الجدول (2-19).بخصوص عدد السكان المخدومين من 400 إلى 15000 نسمة فان هذا المعيار متحقق، حيث أن عدد السكان المخدومين من خلال هذا المركز يبلغ 2644 نسمة، ويقع ضمن نطاق خدمه المركز السكان في المنطقة رقم (12) كما هو مبين بالخريطة (4-7).وهذا مناسب.بالنسبة لنطاق الخدمة 800 متر فان هذا المعيار متحقق كما هو موضح بالخريطة (4-6).

بالنسبة لمساحة المبنى مقارنة بعدد المراجعين اليومي 40 طالب خدمة يومي، وعدد السكان المفترض أن يخدمهم المركز يبلغ تقريبا 2644 نسمة، فمساحة المركز كافية حيث تبلغ مساحة المبنى 150 مترا مربعا.

2- تحقيق المركز لمتطلبات الموقع لمراكز الرعاية الصحية الأولية.

يقع مركز الرعاية الصحية الأولية اكتابا في مكان يتوسط مجموعة من المجاورات السكنية وهذا مناسب. كما هو موضح في الخريطة (4-5).موقع المركز يطل على شارع خدمة ومنطقة هادئة وهذا مناسب.

3- تحقيق المركز للاعتبارات الأساسية التي يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار.

- المركز يؤدي خدمة رعاية الأمومة والطفولة وهذا مناسب .

- موقع المركز سهل الوصول إليه باستخدام السيارة وهذا مناسب .

- يوجد للمركز مدخل واحد.

- لا يتوفر في المركز مواقف للسيارات في داخله، يوجد موقف للسيارات خارج المركز وهذا مناسب.

5- مركز رعاية مخيم طولكرم الصحي:

يقع المبنى في مخيم طولكرم كما هو مبين في الخريطة (4-5)على شارع خدمة رئيس وسط المخيم وضمن تجمع سكني مساحة المبنى 220 مترا مربعا مادة البناء من الطوب حالة المبنى جيدة ويتبع المركز إلى وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الانروا (UNRWA) يوجد في المركز عيادة طب عام وعيادة نسائية وعيادة أطفال ويشتمل المركز على مختبر وصيدلية إضافة إلى عيادة أمومة وطفولة.يتعامل المركز مع تامين الوكالة فقط.التخصصات التي يحتاجها المركز بشكل ملح العظام والجلد والعيون.

عدد الموظفين في المركز وتوزيعهم يبينه الجدول (4-13).

الجدول رقم (4-13) عدد الموظفين وتوزيعهم في مركز رعاية مخيم طولكرم الصحي.

الرقم	توزيع الموظفين	العدد
1	موظفون إداريون	6
2	أطباء عامون	3
3	أطباء أطفال	1
4	أطباء نسائية	1
5	ممرضون	9
6	قابلات	2
7	أخصائي مختبر	1
8	فني مختبر	2
8	صيادلة	3
9	موظفو خدمات	5
إجمالي الموظفين		33

المصدر:مكتب وكالة الغوث مخيم طولكرم 2009. بتصرف الباحث.

عدد طالبي الخدمة اليومي، حسب بيانات المركز يصل إلى 500 طالب خدمة المركز يقدم الخدمة النهارية فقط من الساعة 8:00 وحتى الساعة 2:00 ظهرا.

من خلال المعطيات والبيانات المبينة أعلاه، ومقارنتها بالمعايير التخطيطية للمراكز الصحية فقد تبين التالي:

1- حسب معيار المعدلات التخطيطية للمراكز الصحية الوارد في الفصل الثاني الإطار النظري في الجدول (2-19).بخصوص عدد السكان المخدومين من 400 إلى 15000 نسمة فان هذا المعيار متحقق، حيث أن عدد السكان المخدومين من خلال هذا المركز، والذي يبلغ 10560 نسمة، والذي يقع ضمن نطاق خدمته السكان في منطقة مخيم طولكرم كما هو مبين بالخريطة (4-7).وهذا مناسب.بالنسبة لنطاق الخدمة 800 متر فان هذا المعيار متحقق كما هو مبين بالخريطة (4-6).بالنسبة لمساحة المبنى مقارنة بعدد المراجعين اليومي500 طالب خدمة يومي، وعدد السكان المفترض أن يخدمهم الذي يبلغ تقريبا 10560 نسمة فهي غير كافية حيث تبلغ مساحة المبنى 220 مترا مربعا.

2- تحقيق المركز لمتطلبات الموقع لمراكز الرعاية الصحية الأولية.

يقع مركز رعاية مخيم طولكرم الصحي في مكان يتوسط مجموعة من المجاورات السكنية وهذا مناسب.كما هو مبين في الخريطة (4-5).موقع المركز يطل على شارع تجاري سكني مكتظ بحركة المرور والسكان، إضافة إلى أن إدارة وكالة الغوث في مخيم طولكرم تقع في مبنى ملاصق، مما يخلق فوضى من المراجعين أمام المركز وهذا غير مناسب.

3- تحقيق المركز للاعتبارات الأساسية التي يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار.

- المركز يؤدي خدمة رعاية الأمومة والطفولة وهذا مناسب .

- موقع المركز سهل الوصول إليه باستخدام السيارة وهذا مناسب .

- يوجد للمركز مدخل واحد.

- لا يتوفر في المركز مواقف للسيارات في داخله أو خارجه وهذا غير مناسب.

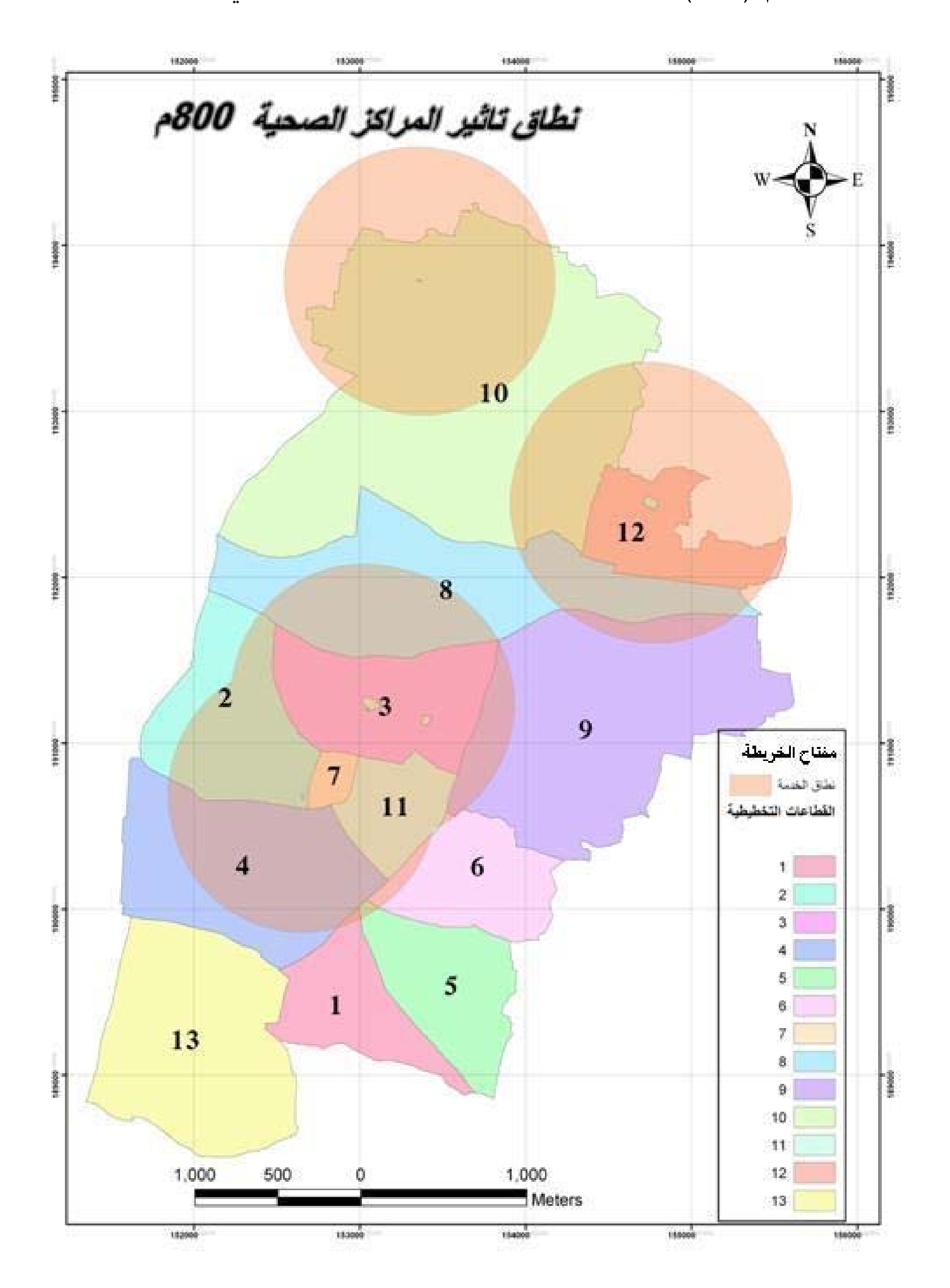
2.4.4 تحليل توزيع المراكز الصحية باستخدام نطاق التأثير:

بالاستناد إلى معيار المعدلات التخطيطية للمراكز الصحية الوارد في الفصل الثاني من هذه الدراسة، الإطار النظري في الجدول (2−19).وتطبيق هذا المعيار نطاق التأثير 800 متراً على المراكز الصحية في منطقة الدراسة.

فقد كانت النتائج كما يلي: إن المناطق رقم (9 و 6 و5 و1 و13 وأجزاء واسعة من المنطقة رقم 10 وأجزاء من المناطق رقم 8 و11 و2 و4) هي مناطق غير مخدومة (انظر الخريطة (4−6)).أي ما مجموعة نصف سكان منطقة الدراسة تقريبا هم خارج نطاق الخدمة كما هو مبين بالخريطة (4−7).

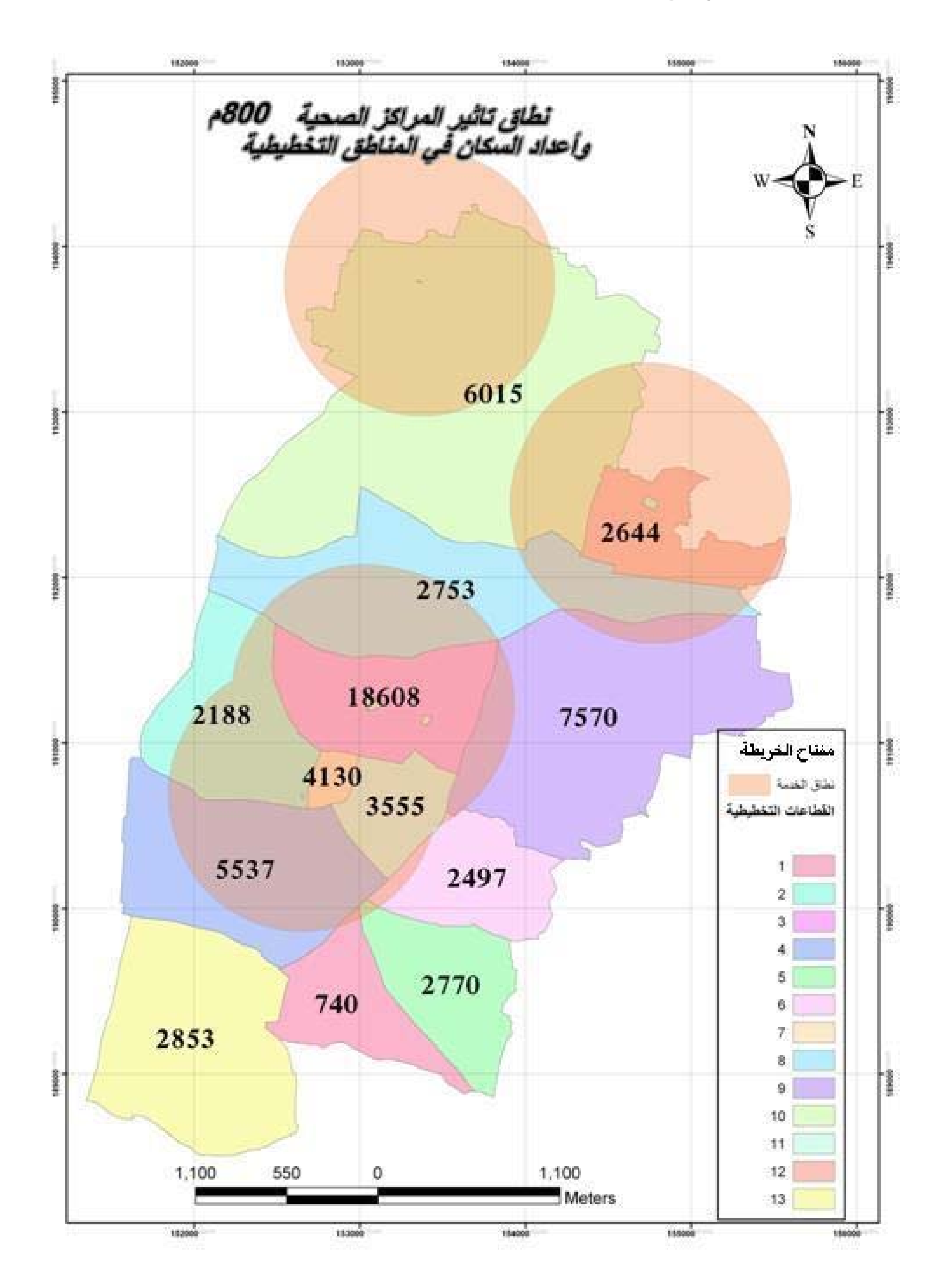
وعند تطبيق نطاق التأثير800 متراً على المركز الصحي التابع لوكالة الغوث في مخيم طولكرم، تبين أن المركز يغطي منطقة مخيم طولكرم، من حيث نطاق التأثير وهذا مناسب استنادا لهذا المعيار.وذلك كما هو مبين بالخريطة (4−8) حيث يقع مخيم طولكرم بالجزء الشرقي داخل حدود المنطقة رقم (3) التخطيطية.

خريطة رقم (4−6) نطاق التأثير 800 متر للمراكز الصحية في منطقة الدراسة.



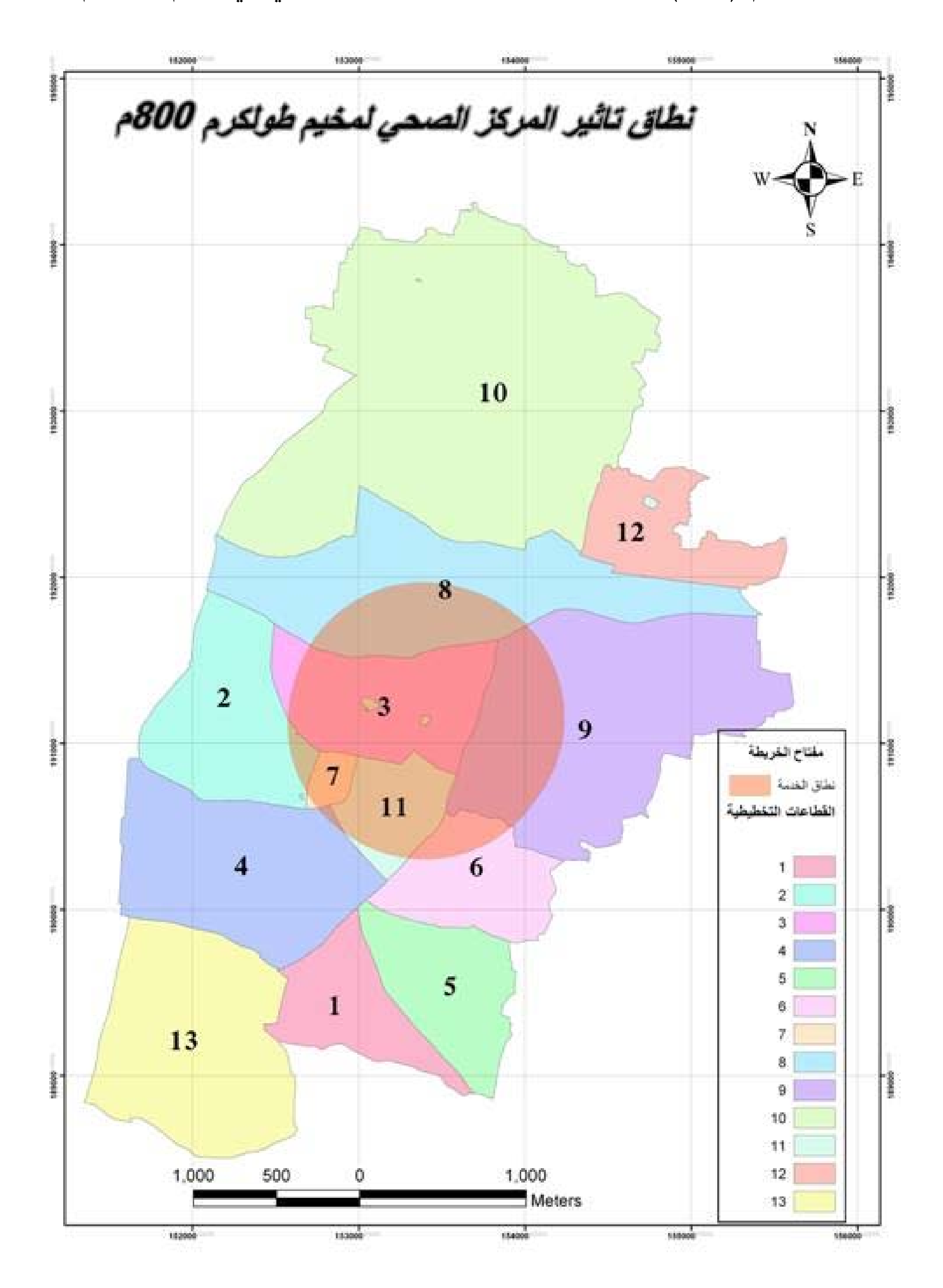
المصدر: إعداد الباحث

خريطة رقم (4-7) نطاق تأثير المراكز الصحية في منطقة الدراسة وعدد السكان غير المخدومين.



المصدر:إعداد الباحث.

خريطة رقم (4-8) نطاق التأثير 800متر للمركز الصحي في مخيم طولكرم.



المصدر إعداد الباحث.

3.4.4 تحليل توزيع المراكز الصحية باستخدام معامل صلة الجوار:

استخدام التحليل على أساس صلة الجوار حيث أن هذا الأسلوب يعطي مؤشرا بالنسبة لنمط التوزيع فيبين إذا ما كان التوزيع عشوائياً أم منتظماً أم متركزاً.

معادلة صلة الجوار هي

R= 2D*N/A

D = معدل المسافة الفاصلة بين النقط (المسافة الحقيقية) والمعدل هو جمع المسافات بين النقاط وقسمتها على عدد القراءات (القياسات)

N = عدد نقاط مواقع الخدمات

A = مساحة منطقة البحث

ونشير هنا أن النتيجة التي نحصل عليها في أسلوب صلة الجوار محصورة بين (0- 2.15)

حيث يكون للمدلول الكمي R معنى واضح ومحدد يبين النمط التوزيعي ، فإذا كانت قيمة R

تساوي صفر فهذا يعني قمة التجمع وإذا كانت قيمتها تساوي 2.15 فهذا يعني قمة التباعد والانتشار (الشريعي، 1995 ص-105)

تطبيق صلة الجوار على المراكز الصحية في منطقة الدراسة

مساحة منطقة البحث = A =13789946

عدد المراكز = N = 6

مجموع المسافات بين المراكز = ED = 4567.64

761.27 = D =ED/N

1522.54 = D*2

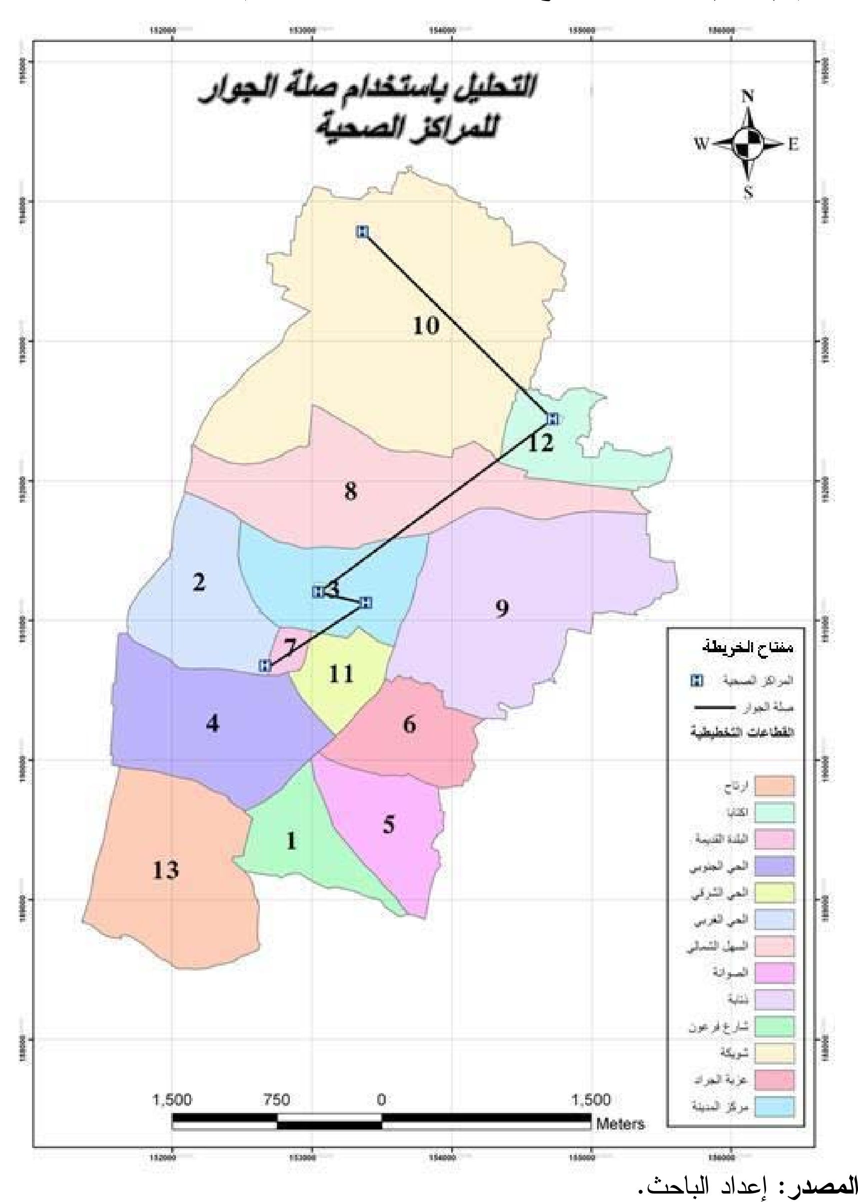
0.00000044 = 6/13789946 = N/A

$$N/A *(D*2) = R$$

$$0.00067 = 0.00000044 \quad *1522.54 = R$$

نستنتج من قيمة R معامل صلة الجوار للمراكز الصحية في منطقة الدراسة أن نمط التوزيع متجمع إلى حد كبير جدا. أي أن عدد المراكز الصحية غير كافٍ في منطقة الدراسة أي أن هناك مناطق غير مخدومة (انظر الخريطة (4−9)).

الخريطة رقم (4−9) التحليل لتوزيع المراكز الصحية باستخدام معامل صلة الجوار



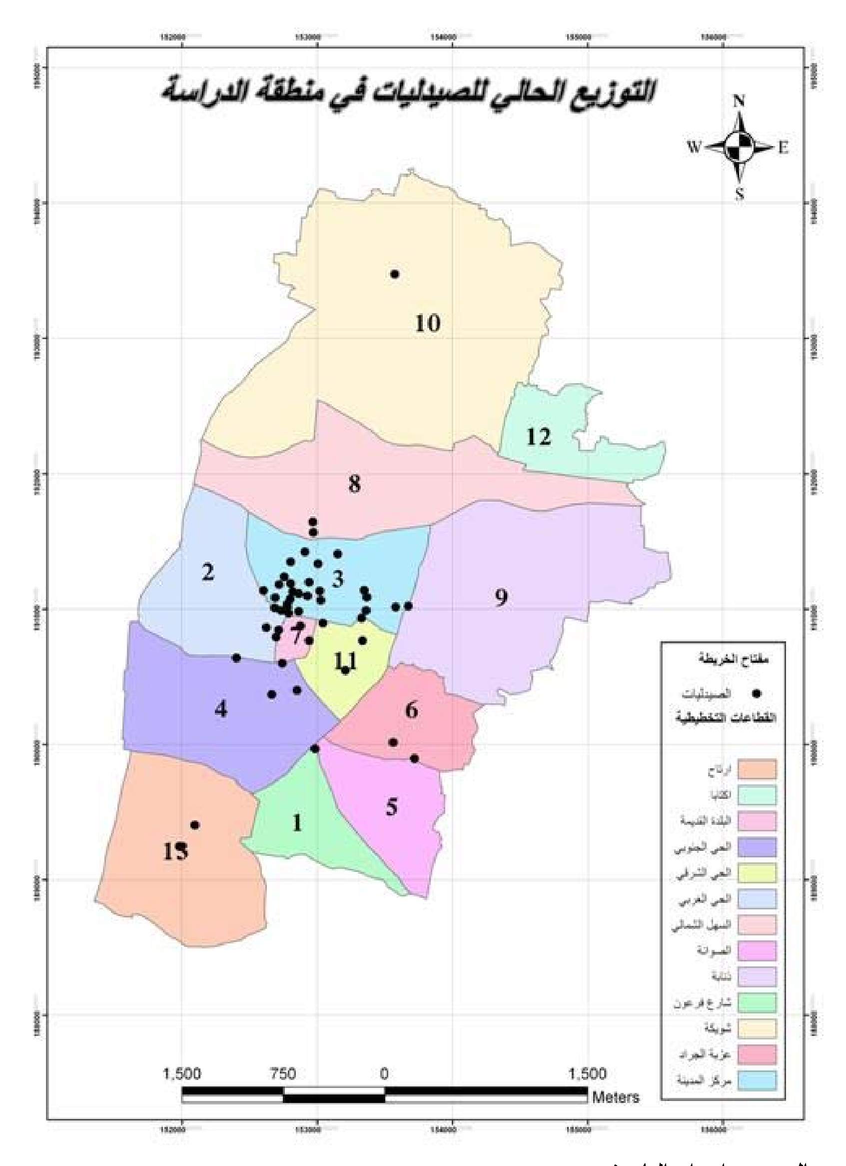
المصدر: إعداد الباحث.

5.4 تحليل التوزيع الحالي للصيدليات وتقيمها:

على ضوء البيانات التي تم جمعها عن الصيدليات في منطقة الدراسة، من خلال المسح الذي قام به الباحث، حيث تم تصنيف وترتيب البيانات والمعلومات التي تم الحصول عليها وتغذية برنامج GIS بها لإجراء عمليات التحليل.

الخريطة (4–10) تبين الواقع الحالي لتوزيع الصيدليات في منطقة الدراسة وتوزعها على المناطق التخطيطية.والجدول الإحصائي رقم (4–14) يوضح البيانات المكانية والعمرانية للصيدليات في منطقة الدراسة.

الخريطة رقم (4–10) الواقع الحالي لتوزيع الصيدليات في منطقة الدراسة.



المصدر:إعداد الباحث.

جدول رقم (4-14) البيانات المكانية والعمرانية للصيدليات في منطقة الدراسة

الرقم	اسم الصيدلية	المنطقة	مادة البناء	حالة المبنى	اسم الشارع	اسم الحي	مساحة الصيدلية بالمتر المربع
1	أبو غزالة	طولكرم	حجر	جيد	قاقون	الشمالي	33
2	الوليد	طولكرم	حجر	جيد	عمر بن الخطاب	الفقهاء	33
3	الحياة	طولكرم	حجر	جيد	مجمع الكراجات	الغربي	34
4	بلسم	طولكرم	حجر	جيد	شارع المقاطعة	الشرقي	33
5	الشعب	طولكرم	حجر	جيد	الشارع الرئيسي	وسط البلد	150
6	الزغل	طولكرم	حجر	جيد	شارع الكنيسة	الغربي	35
7	المخيم	مخيم طولكرم	طوب	مقبول	مركز المخيم	الوكالة	33
8	سفارين	طولكرم	حجر	جيد	شارع المستشفى	القديمة	34
9	يبوس	طولكرم	حجر	جيد	نزلة الحي الشرقي	الشرقي	50
10	حكيم	طولكرم	حجر	جيد	دوار جمال عبد الناصر	وسط المدينة	36
11	هبة	طولكرم	حجر	جيد	طلعة المستشفى	وسط البلد	34
12	شويكة	شويكة	حجر	جيد	شارع الجامع	وسط شويكة القديمة	35
13	حيفا	طولكرم	حجر	جيد	شارع شويكة	الشمالي	42
14	القاهرة	طولكرم	حجر	جيد	شارع باريس	وسط المدينة	40
15	الرحمة الجديدة2	طولكرم	حجر	جيد	شارع الحدادين	الشمالي	45
16	ابونصرة	طولكرم	حجر	جيد	شارع باريس	وسط المدينة	32
17	الرازي	طولكرم	حجر	جيد	سوق الذهب	القديم	35
18	عوني	طولكرم	حجر	جيد	شارع المدينة الرئيسي	وسط البلد	32
19	المعتز	طولكرم	حجر	جيد	حلمي حنون	الجنوبية	40
20	فواز الجديدة	طولكرم	حجر	جيد	شارع نابلس	الشمالي	75
21	طارق	مخيم طولكرم	طوب	مقبول	شارع العودة	وسط المخيم قرب الوكالة	33
22	الأطباء	طولكرم	حجر	جيد	شارع البنك الإسلامي	وسط المدينة	52
23	الأقصى	طولكرم	حجر	جيد	شارع ارتاح	الجنوبي	35

24	ألهوجي	مخيم طولكرم	حجر	جيد	شارع ذنابة	المربعة	38
25	الساحل	ذنابة	حجر	جيد	مفرق المخيم ذنابة	غرب ذنابة	45
26	الكحلة	طولكرم	حجر	جيد	شارع الصدر	الشمالي	36
27	السماح	طولكرم	حجر	جيد	سوق السمك	القديمة	37
28	المدينة	طولكرم	حجر	جيد	دوار جمال عبد الناصر	وسط المدينة	35
29	الشفاء	طولكرم	حجر	جيد	الدوار	وسط البلد	115
30	الساحلي	طولكرم	حجر	جيد	شارع المستشفى	القديمة	56
31	الرحمة	طولكرم	حجر	جيد	شارع قاقون	الغربي	41
32	سلمى	طولكرم	حجر	جيد	شارع المنتزه	الجنوبي	34
33	حمام الجديدة	طولكرم	حجر	جيد	شارع المقاطعة	الشرقي	34
34	زهرة المدائن	طولكرم	حجر	جيد	شارع سينما الفريد	الغربي	34
35	أكرم	طولكرم	حجر	جيد	شارع الشرقية الشمالي	الشرقي	39
36	عالية	طولكرم	حجر	جيد	مقابل المقاطعة شرق	أول مخيم طولكرم	37
37	بغداد	ارتاح	حجر	مقبول	وسط ارتاح القديمة	ارتاح	34
38	ابن سينا	عزبة الجراد	طوب	جيد	شارع أبو بكر الصديق	عزبة الجراد	52
39	القطب	طولكرم	حجر	جيد	شارع نابلس	الشمالي	37.5
40	رنيم	طولكرم	حجر	جيد	شارع الكراجات	الغربي	34
41	سمير	طولكرم	حجر	جيد	نزلة الجامع الجديد	القديمة	35
42	امجد	طولكرم	حجر	جيد	شارع شويكة	الشمالي	43
43	النور	مخيم طولكرم	حجر	جيد	الشارع الرئيسي	المخيم شمال	34
44	ارتاح	ارتاح	طوب	جيد	الشارع الرئيسي	ارتاح شمال	32
45	سمر	طولكرم	حجر	جيد	شارع وزارة الثقافة	الشمالي	37
46	ناصر	طولكرم	حجر	جيد	دوار السلام	الجنوبي	38
47	وسيم	طولكرم	حجر	جيد	شارع فرعون	الجنوبي	35
48	مجد	عزبة الجراد	طوب	جيد	شارع تل الربيع	شرق العزبة	36
							2029.5

المصدر:إعداد الباحث.

1.5.4 التحليل حسب المعايير التخطيطية للصيدليات:

من خلال استعراض واقع الصيدليات في منطقة الدراسة يمكن تسجيل التالي:يوجد في منطقة الدراسة 48 صيدلية يبلغ إجمالي مساحتها 2029.5 مترا مربعا، غالبية مبانيها من مادة الحجر (45 صيدلية من الحجر) وخمسة صيدليات مادة البناء من الطوب، غالبية مباني الصيدليات بحالة جيدة و3 منها بحالة مقبولة، جميع الصيدليات في منطقة الدراسة مرخصة من قبل وزارة الصحة الفلسطينية، ومطابقة لشروط الترخيص والشروط الفنية المقرة في وزارة الصحة الفلسطينية، ونقابة الصيادلة كما هو وارد في الإطار النظري في الفصل الثاني من هذه الدراسة، وجميع الصيدليات في منطقة الدراسة تخضع لرقابة وزارة الصحة الفلسطينية.

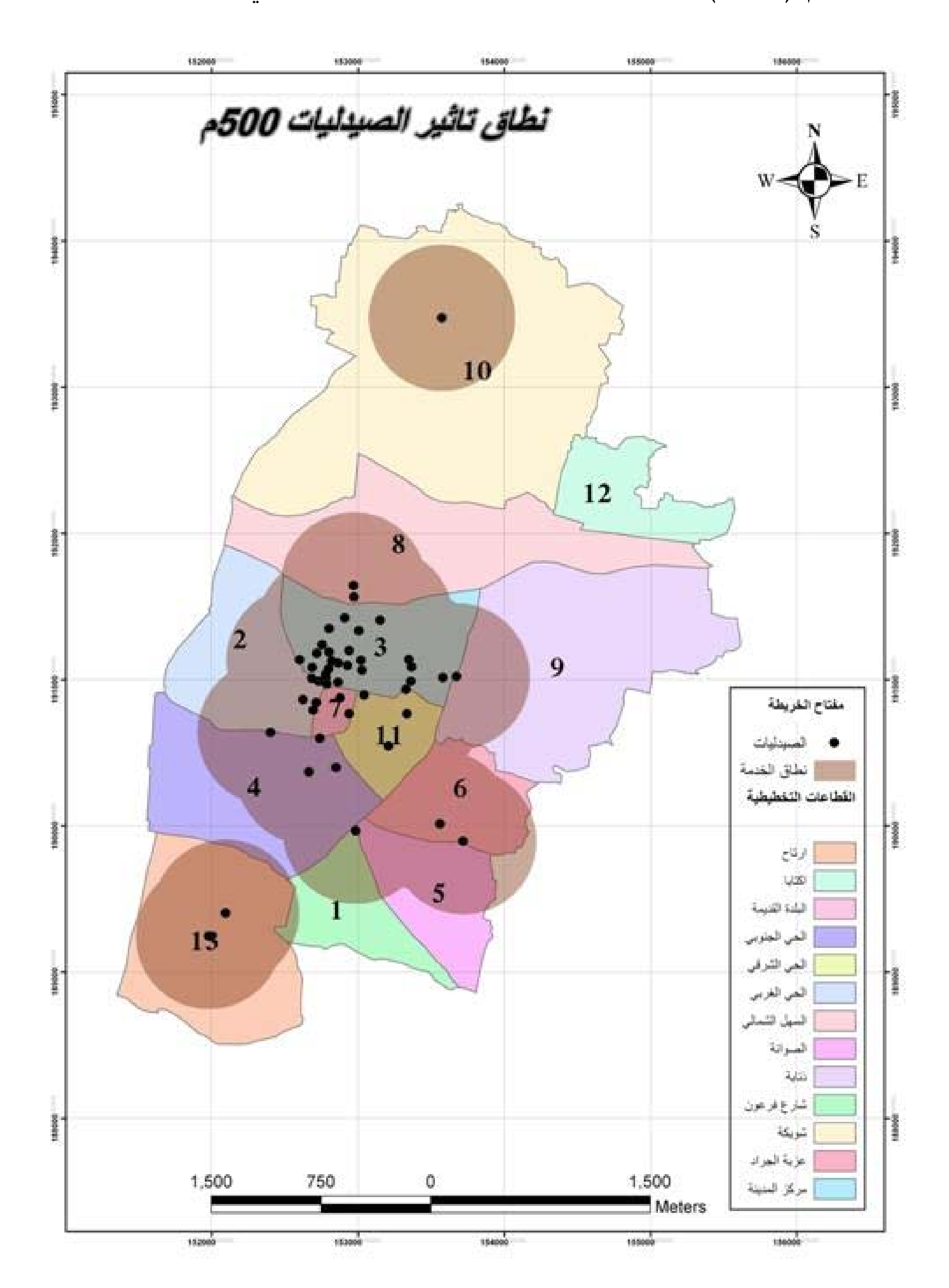
أما بما يتعلق بالتوزيع المكاني للصيدليات فقد كان كما يلي:

تحليل التوزيع المكاني للصيدليات

2.5.4 التحليل باستخدام معيار نطاق التأثير للصيدليات:

لقد تم استخدام مقياس نطاق التأثير للخدمة على أساس تخطيط المجاورة السكنية، وهو 500م باستخدام الأمر creating buffer من القائمة theme وكانت النتائج كما هو موضح بالخريطة (4-11) حيث نلاحظ أن هناك العديد من المناطق غير مخدومة وهي المنطقة رقم (12) والمنطقة رقم (9) والمنطقة رقم (1) والجزء الشرقي والغربي من المنطقة رقم (8) والجزء الجنوبي الغربي من المنطقة رقم (10) والجزء الغربي من المنطقة رقم (4) ونلاحظ أيضا أن هناك تركز للخدمة في منطقة مركز المدينة التجاري والمنطقة المحيطة القريبة منه.

الخريطة رقم (4-11) نطاق تأثير الخدمة للصيدليات 500 متر في منطقة الدراسة.



المصدر :إعداد الباحث.

3.5.4 التحليل باستخدام معامل صلة الجوار للصيدليات:

حيث أن هذا الأسلوب يعطي مؤشرا بالنسبة

لنمط التوزيع فيبين إذا ما كان التوزيع عشوائياً أم منتظماً أم متركزاً.

معادلة صلة الجوار هي:

$$R= 2D*N/A$$

D = معدل المسافة الفاصلة بين النقط (المسافة الحقيقية) والمعدل هو جمع المسافات بين النقاط وقسمتها على عدد القراءات (القياسات).

N = عدد نقاط مواقع الخدمات.

A = مساحة منطقة البحث.

ونشير هنا أن النتيجة التي نحصل عليها في أسلوب صلة الجوار محصورة بين (0– 2.15)

حيث يكون للمدلول الكمي R معنى واضح ومحدد يبين النمط ألتوزيعي، فإذا كانت قيمة R

تساوي صفر فهذا يعني قمة التجمع وإذا كانت قيمتها تساوي 2.15 فهذا يعني قمة التباعد والانتشار (الشريعي، 1995 ص–105).

تطبيق معادلة صلة الجوار على نمط توزيع الصيدليات في منطقة الدراسة وجدنا التالي

مساحة منطقة الدراسة $= A = 13789946\ m^2$

عدد الصيدليات = N = 48

مجموع المسافات بين مواقع الخدمة= ED = 8361.44 m

m 174.1967= 8361.44 /48 = D =ED/N

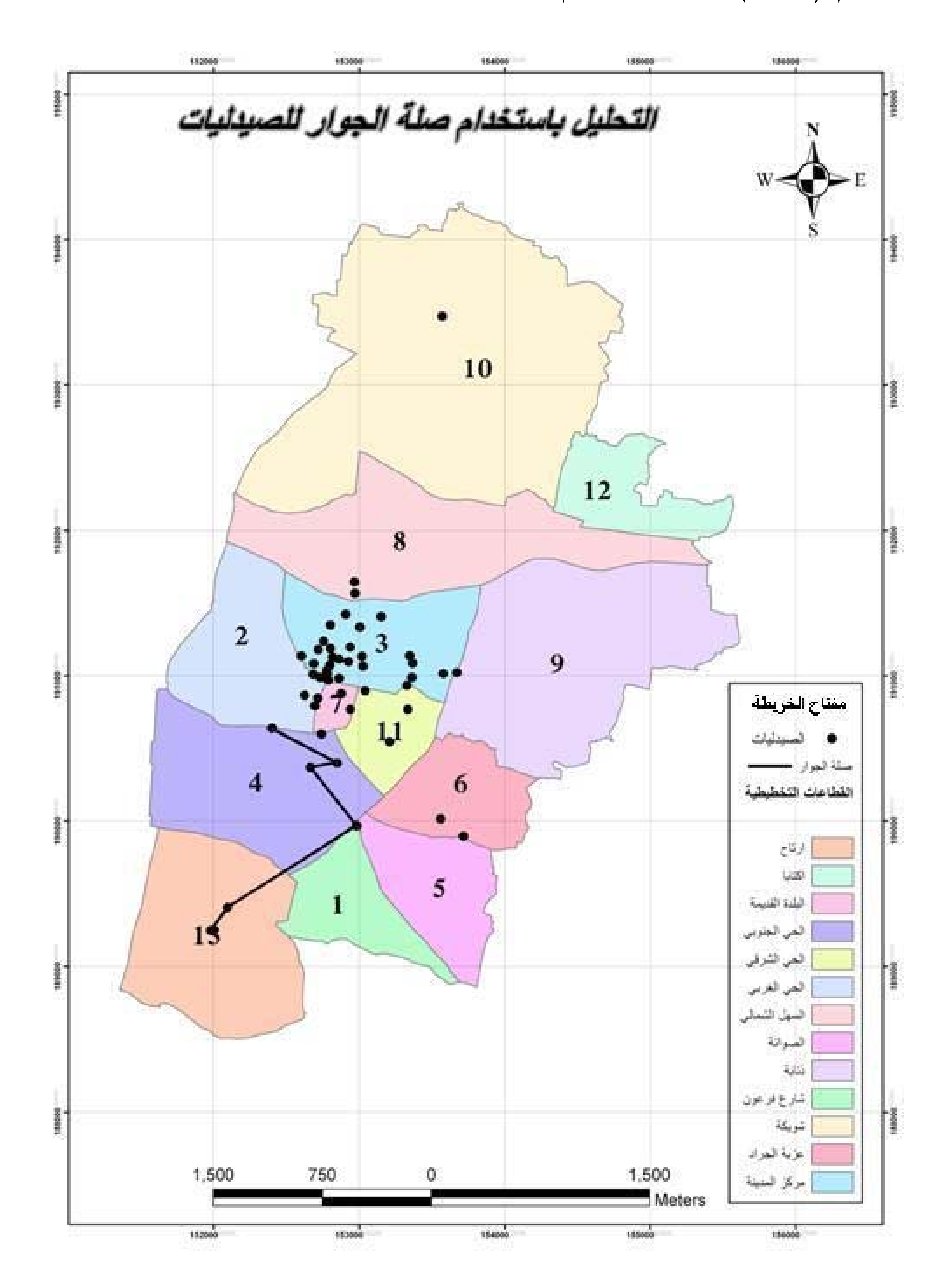
$$348.39 = D * 2$$

$$0.0000035 = 48/13789946 = N/A$$

$$0.0012 = 348.39 * 0.0000035 = R$$

من خلال النتيجة التي تم التوصل لها من قيمة R معامل صلة الجوار نجد أن نمط توزيع الصيدليات في منطقة الدراسة، هو شكل متجمع إلى حد كبير جدا.والخريطة (4-12) تبين استخدام صلة الجوار للصيدليات في منطقة الدراسة.

الخريطة رقم (4-12) التحليل باستخدام صلة الجوار للصيدليات.



المصدر :إعداد الباحث.

4.5.4: التحليل باستخدام قانون التوزيع الطبيعي للصيدليات:

إن فكرة التحليل هنا قائمة على أساس مدي تشتت عدد الصيدليات في كل قطاع سكني عن العدد الطبيعي المفترض. وقد تمت عملية التحليل هنا، اخذين توزيع نسبة عدد السكان في كل قطاع إلى العدد الكلي للسكان في منطقة الدراسة,ومرة أخرى اخذين مساحة القطاع نسبة إلى المساحة الكلية لمنطقة الدراسة.في حالة التوزيع الطبيعي افترضنا تساوي النسبة بين عدد السكان في القطاع السكني مقسومة على عدد السكان الكلي ونسبة عدد الصيدليات في القطاع السكني مقسوم على عدد الصيدليات الكلي في منطقة الدراسة.إن ذلك التشتت يظهر لنا نسبة الانحراف عن التوزيع الطبيعي,كلما اقتربت النسبة من صفر كان الانحراف اقل.

ولإظهار معيار الانحراف سيتم استخدام المعادلة التالية:

$$\frac{\text{العدد الحقيقي للصيدليات في القطاع السكني – العدد الافتراضي الطبيعي للصيدليات في القطاع السكني}}{\text{العدد الافتراضي الطبيعي للصيدليات في القطاع السكني}} \times 100$$

أولا : التحليل باستخدام التوزيع الطبيعي للسكان:

عدد الصيدليات الافتراضي في القطاع السكني = عدد الصيدليات الكليX عدد السكان في المنطقة/عدد السكان الكلي في منطقة الدراسة

و الجدول (4–15) يظهر قيم التشتت لكل منطقة و عدد الصيدليات الافتراضي و كذلك عدد الصيدليات الحقيقي في كل قطاع,والمثال التالي يظهر كيفية حساب التشتت للصيدليات للقطاع رقم 10 :

في القطاع السكني رقم 10 يبلغ عدد السكان 6015 نسمة = p

عدد السكان الكلي في منطقة الدراسة هو61860 نسمة = P

عدد الصيدليات في القطاع السكني رقم 10 هو 1 صيدلية = n

عدد الصيدليات الكلي في منطقة الدراسة هو48 صيدلية = N

عدد الصيدليات الافتراضي في القطاع السكني = F

الانحراف عن التوزيع الطبيعي = S

$4.66 = 48* 6015/ 61860 \quad =N*p/P= F$

$100 *) (F- n) /F)= S$

$100* ((4.66-1)/4.66) = S$

S = 78.54-% وهذا يعنى أن مدى التشتت كبير جدا في هذا القطاع السكني أي أن هناك نقص في عدد الصيدليات في هذا القطاع السكني.

جدول رقم (4–15) مقياس التشتت للصيدليات في القطاعات التخطيطية حسب التوزيع السكاني

Dist. No.	عدد السكانp	F=N*p/P	n	s= ((n-F)/F)*100
1	740	0.5742	1	74
2	2188	1.697769	4	136
3	18608	14.4388	24	66
4	5537	4.296411	5	16
5	2770	2.14937	0	-100
6	2497	1.937536	2	3
7	4130	3.204656	2	-38
8	2753	2.136178	2	-6
9	7570	5.873909	1	-83
10	6015	4.667313	1	-79
11	3555	2.758487	4	45
12	2644	2.0516	0	-100
13	2853	2.213773	2	-10
P=	61860	N=48	48	

المصدر:إعداد الباحث.

للتمييز بالزيادة والنقصان في الجدول (4–15) والخريطة (4–13)الأرقام السالبة تعني نقص والموجبة تعني زيادة بالنسبة لعدد السكان.

يتبين لنا من الجدول (4−15) أن المناطق التالية (5, 7 , 8 , 9, 10 ,12, 13) تعاني من نقص في عدد الصيدليات حسب التوزيع الطبيعي لعدد السكان، والمناطق الأخرى يوجد بها فائض كما هو مبين في الخريطة (4−13)التي تظهر مناطق النقص والزيادة في عدد الصيدليات في المناطق استنادا لعدد السكان في القطاع التخطيطي إلى عدد السكان الكلي في منطقة الدراسة حسب التوزيع الطبيعي.

ثانيا : التحليل باستخدام التوزيع الطبيعي حسب مساحة القطاع:

في هذا التحليل تم القيام بحساب التشتت بالاعتماد على التوزيع الطبيعي للصيدليات حسب مساحة القطاع التخطيطي إلى المساحة الكلية لمنطقة الدراسة. والمثال التالي يبين كيفية حساب التشتت للصيدليات للقطاع التخطيطي رقم 10.

في القطاع التخطيطي رقم 10تبلغ مساحة هذا القطاع 3474031 =a

المساحة الكلية لمنطقة الدراسة هي 13789946= A

عدد الصيدليات في القطاع التخطيطي رقم 10 هو 1 صيدلية = n

عدد الصيدليات الكلي في منطقة الدراسة هو48 صيدلية =N

عدد الصيدليات الافتراضي في القطاع التخطيطي حسب المساحة = F

الانحراف عن التوزيع الطبيعي حسب المساحة = S

$F = N*a/A = 48*3474031/13789946 = 12.09$

$S = ((F - n) / F) * 100$

$S = ((12.09-1)/ 12.09) * 100$

S = 92-%   وهذا يعني أن مدى التشتت كبير جدا في هذا القطاع التخطيطي أي أن هناك نقص في عدد الصيدليات في هذا القطاع التخطيطي.

جدول رقم (4–16) مناطق النقص والزيادة في توزيع الصيدليات حسب التوزيع الطبيعي حسب المساحة

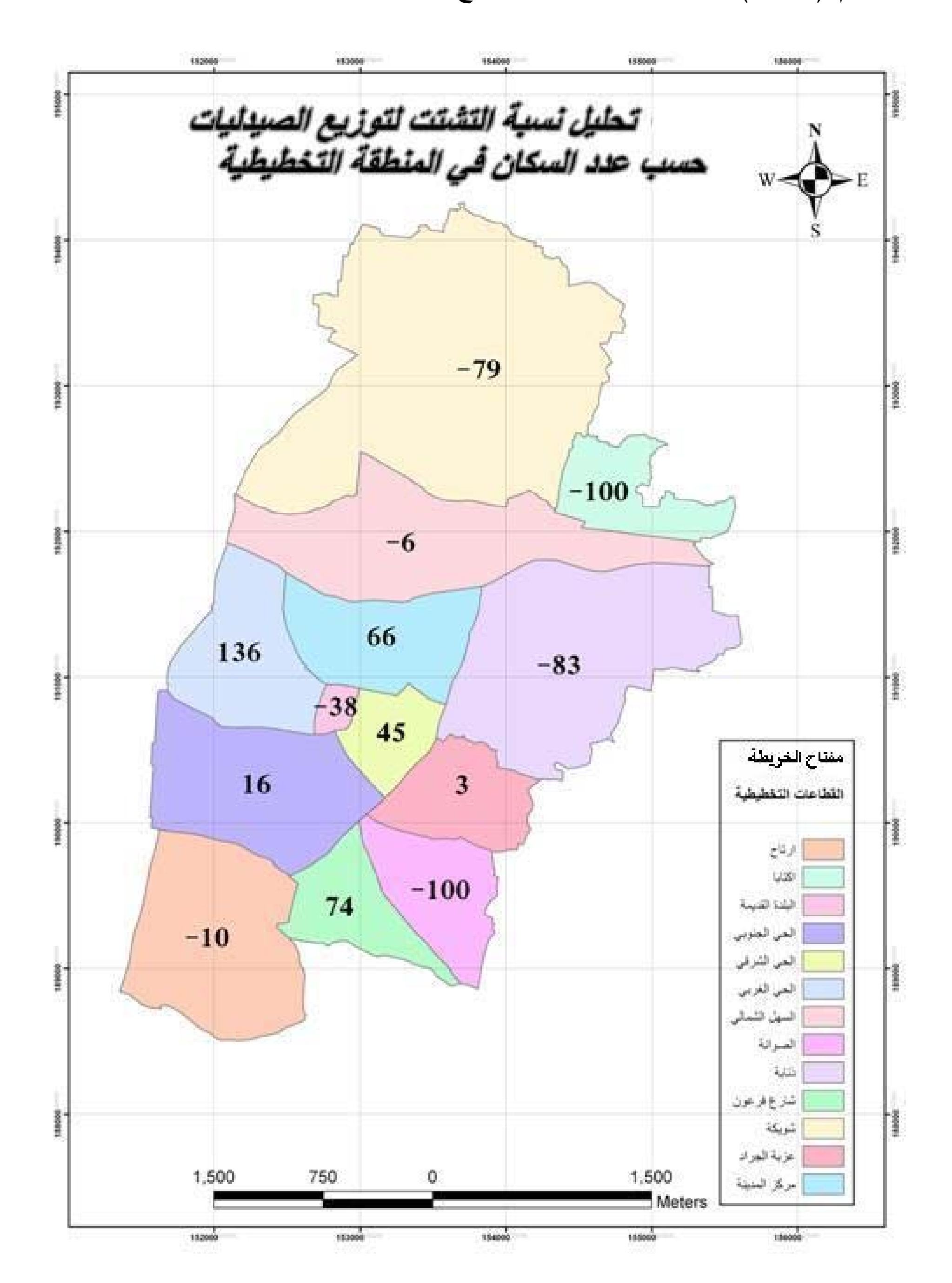
Dist. No.	a	F= 48*a/A	n	s= ((n-F)/F)*100
1	505815	1.760639237	1	-43
2	845197	2.941959019	4	36
3	782721	2.724492757	24	781
4	1216380	4.23397162	5	18
5	621118	2.161985551	0	-100
6	572672	1.993354869	2	0
7	78881	0.274568733	2	628
8	1554023	5.409238296	2	-63
9	1945076	6.770414329	1	-85
10	3474031	12.09239601	1	-92
11	343792	1.196670096	4	234
12	508169	1.768833032	0	-100
13	1342071	4.671476451	2	-57
A=	13789946	N= 48	48	

المصدر:إعداد الباحث.

يتبين لنا من الجدول (4–16) أن المناطق التالية (5,1, 8 , 9, 10 ,12, 13) تعاني من نقص في عدد الصيدليات حسب التوزيع الطبيعي لمساحة القطاع التخطيطي نسبة إلى المساحة الكلية لمنطقة الدراسة والمناطق الأخرى يوجد فيها فائض والخريطة (4–14) تظهر مناطق النقص والزيادة في عدد الصيدليات في المناطق استنادا لمساحة القطاع السكني إلى المساحة الكلية لمنطقة الدراسة حسب التوزيع الطبيعي.

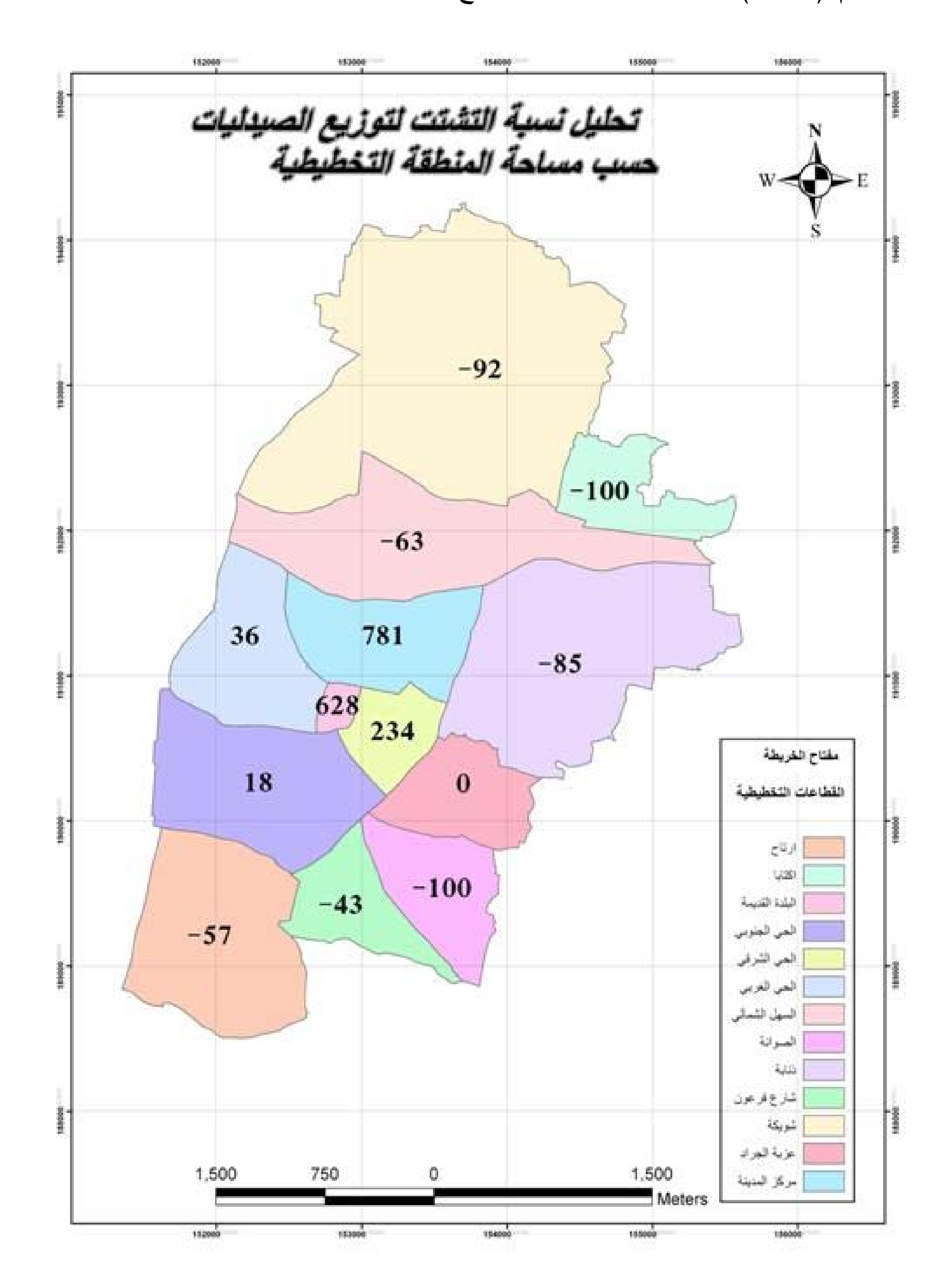
وللتمييز بالزيادة والنقصان في الجدول (4–16) والخريطة (4–14)الأرقام السالبة تعني نقص والموجبة تعني زيادة بالنسبة لاعتبار المساحة.ويتبين لنا من هذين المعيارين أن المناطق التالية (5, 8, 9, 10, 12, 13) بها نقص حسب المعيارين السابقين والخريطة (4–15) توضح مناطق النقص التي تقاطع عليها معياري التوزيع الطبيعي حسب السكان والمساحة.

الخريطة رقم (4-13) تحليل نسبة التشتت لتوزيع الصيدليات حسب عدد السكان.



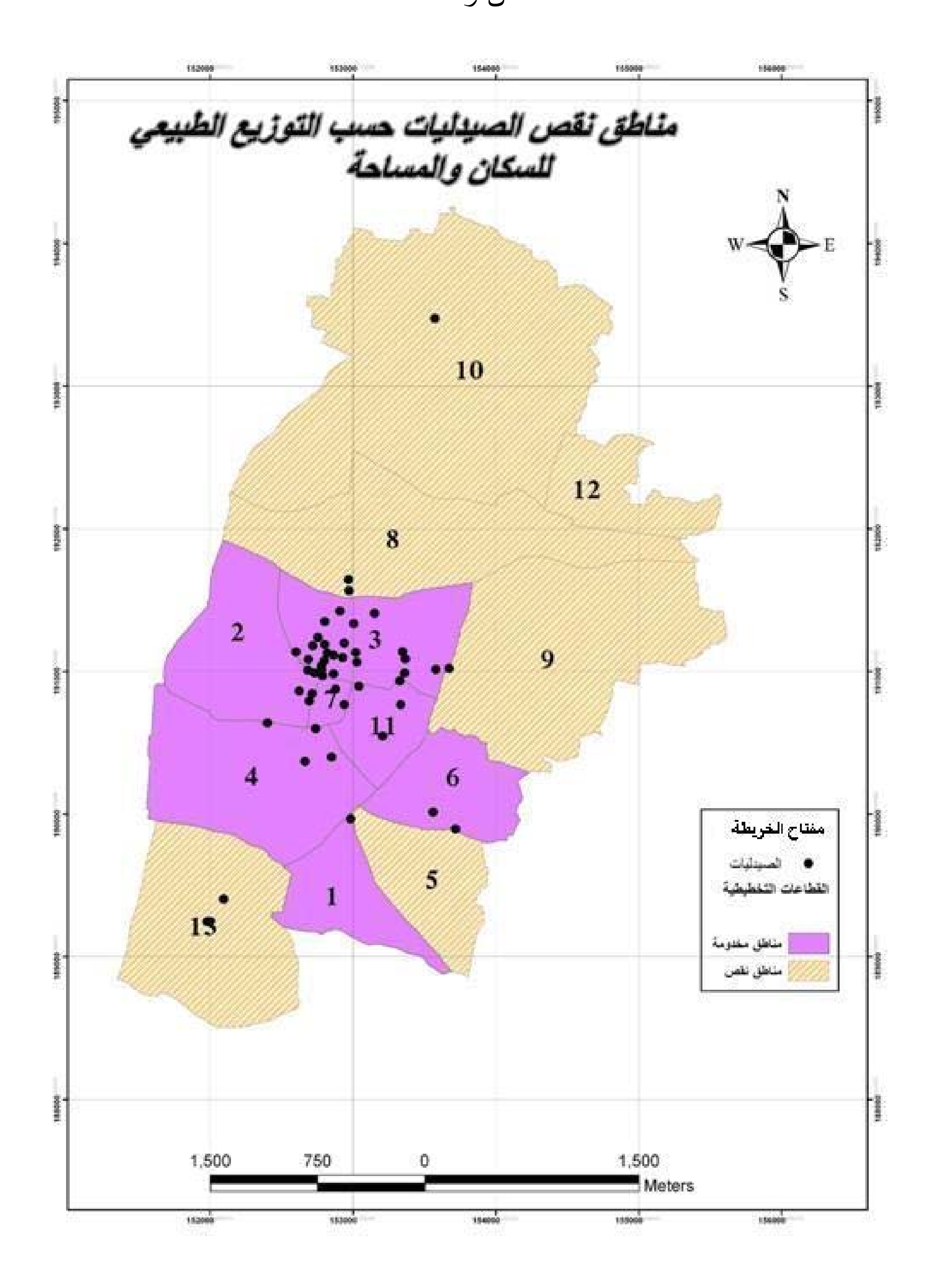
المصدر: إعداد الباحث.

الخريطة رقم (4−14) تحليل نسبة التشتت لتوزيع الصيدليات حسب مساحة المنطقة التخطيطية.



المصدر:إعداد الباحث.

الخريطة رقم (4-15) مناطق نقص الصيدليات حسب تقاطع معيار التوزيع الطبيعي حسب السكان والمساحة.



المصدر: إعداد الباحث.

الفصل الخامس

التوزيع المكاني المقترح للمراكز الصحية والصيدليات في منطقة الدراسة

1.5 تمهيد.

2.5 تخطيط المراكز الصحية.

3.5 تحديد أماكن النقص لمراكز الرعاية الصحية الأولية في منطقة الدراسة .

4.5 أسس التوزيع المقترح للمراكز الصحية في منطقة الدراسة وأولوياتها.

5.5 التوزيع المكاني المقترح للمراكز الصحية.

6.5 نتائج المخطط المقترح للتوزيع المكاني للمراكز الصحية وتقيمها.

7.5 التخطيط لتوزيع الصيدليات في أماكن نقص الخدمة.

8.5 تحديد أماكن النقص بالصيدليات في منطقة الدراسة.

9.5 أسس التوزيع المقترح للصيدليات في منطقة الدراسة وأولوياتها.

10.5 التوزيع المكاني المقترح للصيدليات.

11.5 نتائج المخطط المقترح للتوزيع المكاني للصيدليات وتقيمها.

الفصل الخامس

التوزيع المكاني المقترح للمراكز الصحية والصيدليات في منطقة الدراسة

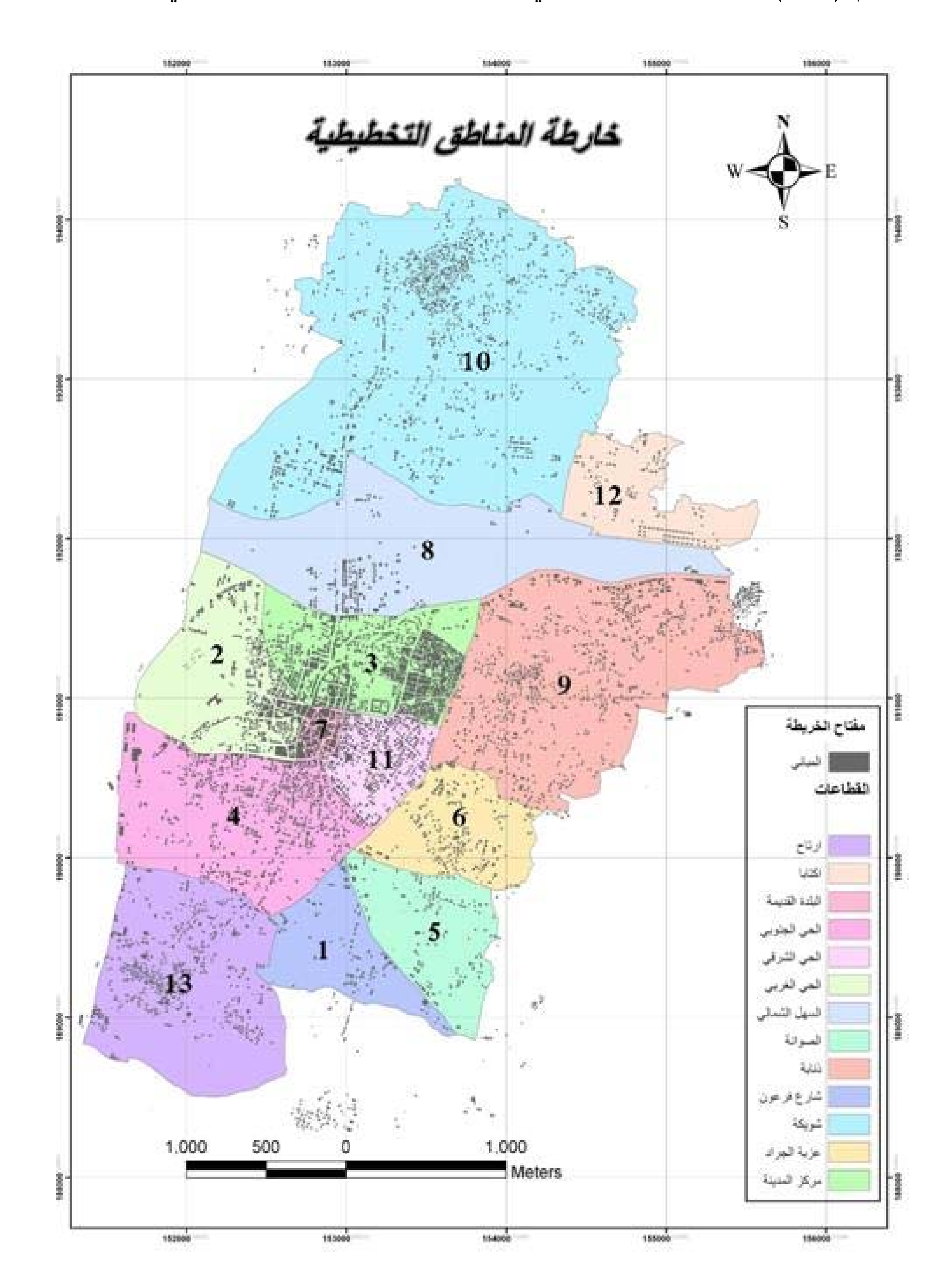
1.5 تمهيد:

بناء على التحليل الذي تم في الفصل الرابع من هذه الدراسة، تم التقدم في هذا الفصل بتوزيع مقترح للمراكز الصحية والصيدليات في منطقة الدراسة، باستخدام نظم المعلومات الجغرافي. (GIS).

حيث تم القيام بالتخطيط المقترح، استنادا إلى المعايير التخطيطية التي تم اعتمادها في الفصل الثاني النظري الخاصة بالمراكز الصحية حسب المعدلات التخطيطية المبينة بالجدول (2−19) والتخطيط للصيدليات استنادا لمعايير وشروط وزارة الصحة الفلسطينية.التخطيط المقترح ليكون اقرب إلى الواقع، أخذ بالاعتبار الواقع الحالي القائم للمراكز الصحية والصيدليات، لان من الصعب تغييره ضمن الإمكانات المحلية الحالية المتوفرة والمنظورة الاقتصادية والإدارية والقانونية.

التوزيع المقترح للمراكز الصحية والصيدليات في منطقة الدراسة، تم على أساس تلبية الاحتياج في أماكن النقص بالخدمات الصحية القائمة حاليا، استنادا إلى عدد السكان والمساحة حيث اخذ بالاعتبار عند تحديد أماكن الخدمة المناطق المأهولة بالسكان، كما تبينه الخريطة (5−1) وذلك بناء على المناطق التخطيطية التي تم اعتمادها في التحليل في الفصل الرابع، حيث تم ذلك من خلال الاستناد إلى المعايير التخطيطية للخدمات الصحية ومعدلاتها، والتخطيط حسب نطاق التأثير للخدمة، ومتطلبات الموقع لمركز الرعاية الصحية الأولية، والاعتبارات الأساسية لمركز الرعاية الصحية الأولية، التي يجب مراعاتها.وبالنسبة للصيدليات اخذ بالاعتبار شروط ومعايير وزارة الصحة الفلسطينية والمعايير التخطيطية للاحتياج على أساس المجاورة السكنية.

خريطة رقم (5-1) المناطق التخطيطية في منطقة الدراسة و الأبنية القائمة في تلك المناطق.



المصدر: من عمل الباحث، 2009 م.

2.5 تخطيط المراكز الصحية:

تعنى المعدلات والمعايير التخطيطية بوضع واقتراح المقاييس الفنية التي يتم على أساسها تحديد عدد وحجم ونطاق تأثير الخدمات العامة بنوعياتها المختلفة.

إن المعايير التي تم اعتمادها في عملية بناء المخطط المقترح في هذه الدراسة، لمراكز الرعاية الصحية الأولية، هي معايير تخطيط الخدمات الصحية، التي وردت في الفصل الدراسي الثاني من هذه الدراسة، التي يعتقد أنها مناسبة ومقبولة بما يتلاءم مع الاحتياج من الخدمة الصحية بناء على عدد السكان المطلوب توفير الخدمة لهم من خلال وضع حد أدنى وحد أقصى لتوفير الخدمة، مع الأخذ بالاعتبار أن الحد الأدنى والحد الأقصى هما قياسان نسبيان وليسا ثابتين.

المعدلات التخطيطية التي تم الاستناد إليها هي كما وردت في الجدول (2−19) وكذلك بما يتعلق بمتطلبات الموقع لمركز الرعاية الصحية الأولية، والاعتبارات الأساسية لمركز الرعاية الصحية الأولية.إضافة إلى تلك المعايير تم الاستناد أيضا إلى النتائج التي استخلصت من التحليل لواقع المراكز الصحية في منطقة الدراسة، والبيانات والمعلومات السكانية والمكانية المتوفرة، على ضوء كل ما سبق تم بناء المخطط المقترح للتوزيع المكاني للخدمات الصحية في منطقة الدراسة.

3.5 تحديد أماكن النقص لمراكز الرعاية الصحية الأولية في منطقة الدراسة:

إن أماكن النقص التي تم التوصل إليها في التحليل، الذي تم في الفصل الرابع من هذه الدراسة، وذلك بالاستناد إلى معيار المعدلات التخطيطية للمراكز الصحية، الوارد في الفصل الثاني من هذه الدراسة الإطار النظري في الجدول (2−19).

حيث تبين أن هذه المناطق هي رقم (9 و 6 و5 و1 و13) والتي يبلغ عدد سكانها 16430 نسمة ومساحتها (9539088) مترا مربعا كما هو مبين في الجدول (5−1) وأجزاء واسعة من المنطقة رقم 10 وأجزاء من المناطق رقم 8 و11 و2 و4) وهي مناطق غير

مخدومة (انظر الخريطة (4−6)) أي ما يقارب ما مجموعه نصف سكان منطقة الدراسة تقريبا هم خارج نطاق الخدمة.

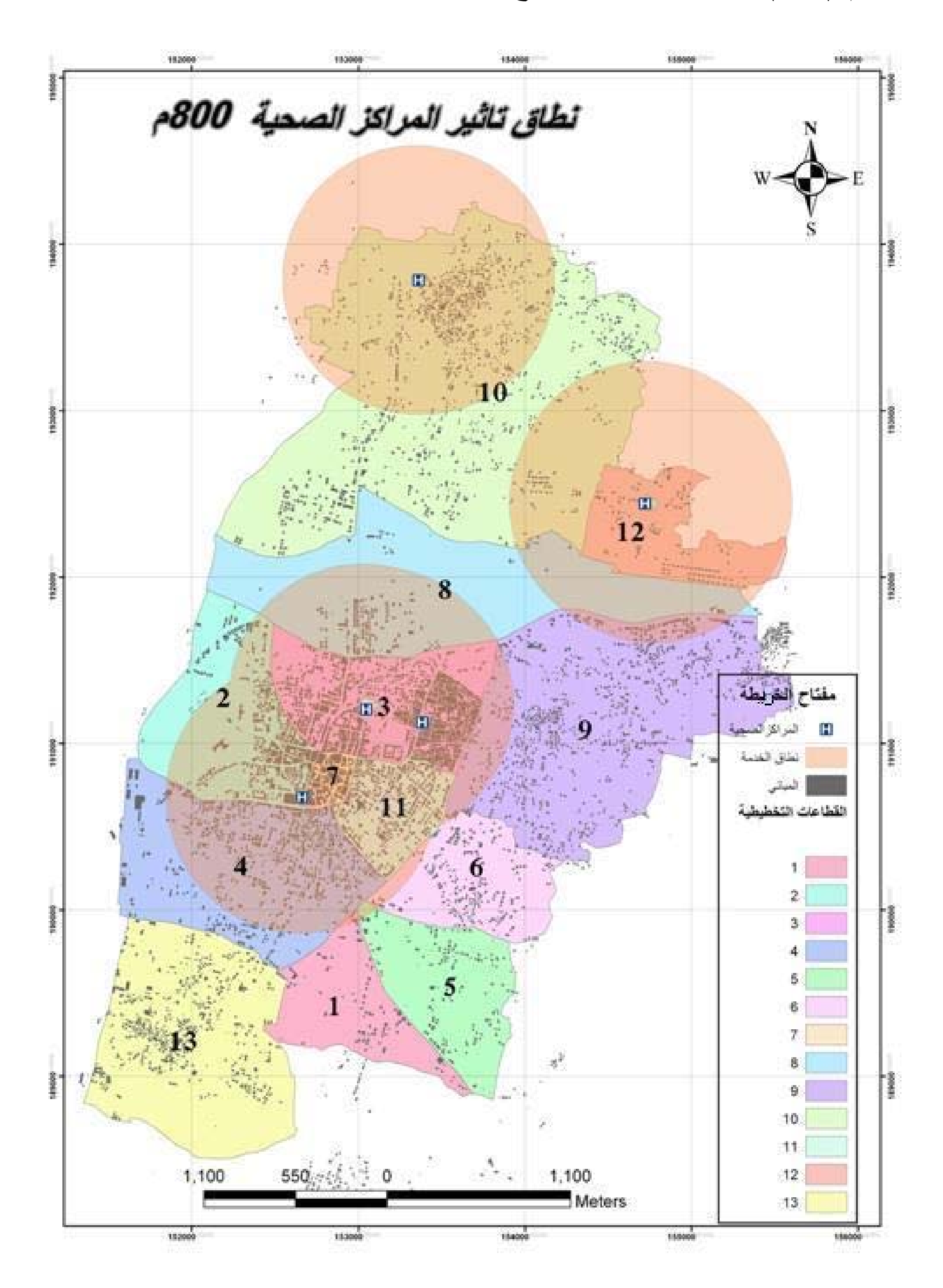
جدول رقم (5−1) أعداد السكان ومساحة المناطق غير المخدومة بالمراكز الصحية.

Population	Area m^2	District No.
740	1505815	1
2770	621118	5
2497	572672	6
7570	1945076	9
2853	1342071	13
16430	9539088	

المصدر: من إعداد الباحث.

من خلال الخريطة (5−2) والتي تظهر الأبنية خارج نطاق الخدمة في المناطق (10 و8 و11 و2 و4)المخدومة جزئيا، نستطيع تقدير احتياج المناطق المأهولة بالسكان خارج نطاق الخدمة في هذه المناطق، حيث أخذ ذلك بعين الاعتبار في وضع المخطط المقترح بالتوزيع، إضافة إلى اعتبار مساحات المناطق وتجاورها، وعدد السكان والبعد أو القرب من مركز الخدمة الصحية.

خريطة رقم (5-2) المناطق المأهولة خارج نطاق تأثير المراكز الصحية



المصدر: إعداد الباحث.

4.5 أسس التوزيع المقترح للمراكز الصحية في منطقة الدراسة وأولوياتها:

بناء على ما تقدم يمكن بلورة اقتراح مواقع الخدمة للمراكز الصحية حسب الأسس والأولويات التالية:-

1- المناطق التخطيطية التي تفتقر إلى الخدمة بشكل كامل.

2- المناطق المأهولة بالسكان في نطاق المناطق التخطيطية، والتي تقع خارج نطاق الخدمة.

3- تحديد موقع الخدمة في المناطق بناء على المساحة والتجاور بين المناطق التخطيطية وعدد السكان، وذلك لضمان ترشيد التوزيع حسب الاحتياج.

4- اختيار موقع الخدمة من الناحية المكانية بناء على المتطلبات والاعتبارات الأساسية الواردة في معايير تخطيط الخدمات الصحية في النقطتين (4 و3) من البند (5-2) من هذا الفصل.

5.5 التوزيع المكاني المقترح للمراكز الصحية:

1- مركز رعاية صحية أولية في المنطقة رقم (9) بالرغم من أن هذه المنطقة ثاني اكبر مساحة في المناطق التخطيطية التي تخلوا من الخدمة الصحية بعد المنطقة رقم (13) (انظر الجدول (5-1)) إلا أنها أكثر كثافة في عدد السكان وبالتالي فان الأولوية لهذه المنطقة.

بناء على المعايير التخطيطية بالنسبة لاختيار مكان الخدمة، فقد تم اختيار مكان الخدمة في مركز المنطقة التخطيطية رقم (9) في المكان التالي المحدد على الخريطة (5-3)حيث وكما هو واضح في الخريطة، فانه يقع في مركز المنطقة على شارع خدمة رئيسية,المكان المقترح يقع في منطقة سكنية هادئة بعيداً عن الضجيج والتلوث البيئي عن الأرض المقترحة لإنشاء المركز الصحي، وخالية من البناء، ومساحتها أكثر من 1000 مترا مربعا، وبالتالي تحقق الاحتياج من المساحة حيث أن المساحة المطلوبة وفق المعدلات التخطيطية هي حاصل ضرب عدد السكان في 0.12 نصيب الفرد من مساحة المركز، وعدد السكان في المنطقة رقم

(9) هو 7570 *0.12 = 908.4 متراً مربعاً وبما أن مساحة الأرض المقترحة أكثر من ذلك فهي تحقق المطلوب.

وكما هو مبين في الخريطة (5-4)، فان المركز الصحي المقترح قد غطى المنطقة التخطيطية رقم (9) بشكل كبير، والجزء الشرقي من المنطقة التخطيطية رقم (8).

2- مركز رعاية صحية أولية في المنطقة رقم (5)وهذا الاقتراح قائم على أساس التجاور بين ثلاثة مناطق تخطيطية خالية من الخدمة الصحية، هي المناطق التخطيطية (1 و5 و6)وبالتالي وحسب عدد السكان لهذه المناطق التخطيطية، والبالغ 6007 نسمة (انظر الجدول (5-1))، فتكون لها الأولوية الثانية لإقامة مركز صحي.

بناء على المعايير التخطيطية بالنسبة لاختيار مكان الخدمة، فقد تم اختيار مكان الخدمة في نقطة تتوسط المناطق التخطيطية الثلاث في المنطقة رقم (5)، في المكان التالي المحدد على الخريطة (5-3)، حيث وكما هو واضح بالخريطة فانه يقع في مركز يشكل نقطة مركزية للمناطق الثلاث المتجاورة تقع على شارع خدمة رئيسة,المكان المقترح يقع في منطقة سكنية هادئة بعيدا عن الضجيج والتلوث البيئي، الأرض المقترحة لإنشاء المركز الصحي خالية من البناء ومساحتها أكثر من 1000 مترا مربعا، وبالتالي تحقق الاحتياج من المساحة، حيث أن المساحة المطلوبة وفق المعدلات التخطيطية هي حاصل ضرب عدد السكان في 0.12 نصيب الفرد من مساحة المركز وعدد السكان في المناطق التخطيطية الثلاثة هو 6007 *0.12 = 720.84مترا مربعا، وبما أن مساحة الأرض المقترحة أكثر من ذلك فهي تحقق المطلوب.

وكما هو مبين في الخريطة (5-4) فان المركز الصحي المقترح قد غطى المنطقة التخطيطية رقم (5)، وغالبية المنطقة التخطيطية رقم (6)، وأجزاء واسعة من المنطقة التخطيطية رقم (1)، وأجزاء صغيرة من المنطقة التخطيطية رقم (11) ورقم (4).

3- مركز رعاية صحية أولية في المنطقة رقم (13)، إن هذه المنطقة هي اكبر المناطق التخطيطية مساحة والتي تخلو من الخدمة الصحية، وثانيها في عدد السكان انظر الجدول (5-1)، ولكنها تشكل المنطقة رقم ثلاثة حسب الأولويات التي يقترح أن يقام فيها مركز صحي، لاعتبار أن المركز الذي تم اقتراحه في المنطقة رقم (5)، يخدم ثلاثة مناطق تخطيطية تشكل رقم (2) في عدد السكان للمناطق التي تخلو من الخدمة.

بناءً على المعايير التخطيطية بالنسبة لاختيار مكان الخدمة فقد تم اختيار مكان الخدمة في مركز المنطقة التخطيطية رقم (13)، في المكان التالي المحدد على الخريطة (5-3)، حيث وكما هو واضح بالخريطة فانه يقع في مركز المنطقة على شارع خدمة رئيسية , المكان المقترح يقع في منطقة سكنية هادئة بعيدا عن الضجيج والتلوث البيئي.الأرض المقترحة لإنشاء المركز الصحي خالية من البناء ومساحتها أكثر من 1000 مترا مربعا وبالتالي تحقق الاحتياج من المساحة حيث أن المساحة المطلوبة وفق المعدلات التخطيطية هي حاصل ضرب عدد السكان في 0.12 نصيب الفرد من مساحة المركز.وعدد السكان في المنطقة رقم (13)هو 2853 *0.12 = 342.26 مترا مربعا وبما أن مساحة الأرض المقترحة أكثر من ذلك فهي تحقق المطلوب.

وكما هو مبين في الخريطة (5-4) فان نطاق تأثير المركز المقترح قد غطى المنطقة رقم (13)، وغطى التجمع السكني في جنوب المنطقة رقم (4)غير المخدوم وغطى الجزء الغربي غير المخدوم من المنطقة التخطيطية رقم (1).

4- مركز رعاية صحية أولية في المنطقة رقم (10) في التجمع السكاني المبين على الخريطة (5-4) والذي يعتبر الجزء غير المخدوم من المنطقة رقم (10) ويعزز اختيار هذا التجمع من المنطقة رقم (10) أن يغطي أيضا وبالتجاور الجزء غير المخدوم من المنطقة رقم (8).

بناء على المعايير التخطيطية بالنسبة لاختيار مكان الخدمة، فقد تم اختيار مكان الخدمة في نقطة تتوسط أكثر من مجاورة سكنية من المنطقة التخطيطية رقم (10)، في المكان التالي

المحدد على الخريطة (5-3) حيث وكما هو واضح بالخريطة فانه يقع بين أكثر من مجاورة سكنية على شارع خدمة رئيس,المكان المقترح يقع في منطقة سكنية هادئة بعيدا عن الضجيج والتلوث البيئي الأرض المقترحة لإنشاء المركز الصحي خالية من البناء ومساحتها أكثر من 1000 مترا مربعا وبالتالي تحقق الاحتياج من المساحة حيث أن المساحة المطلوبة وفق المعدلات التخطيطية هي حاصل ضرب عدد السكان في 0.12 نصيب الفرد من مساحة المركز وعدد السكان التقديري الذي سيغطيه المركز في هذا الموقع هو 2100 *0.12 = 252 مترا مربعا وبما أن مساحة الأرض المقترحة أكثر من ذلك فهي تحقق المطلوب.

وكما هو مبين في الخريطة (5-4) فان نطاق التأثير قد سد العجز إلى حد كبير في الجزء الجنوبي والغربي للمنطقة التخطيطية رقم (13)، ومن ناحية ثانية فقد غطى التجمع السكني في الجزء الشمالي من المنطقة التخطيطية رقم (8).

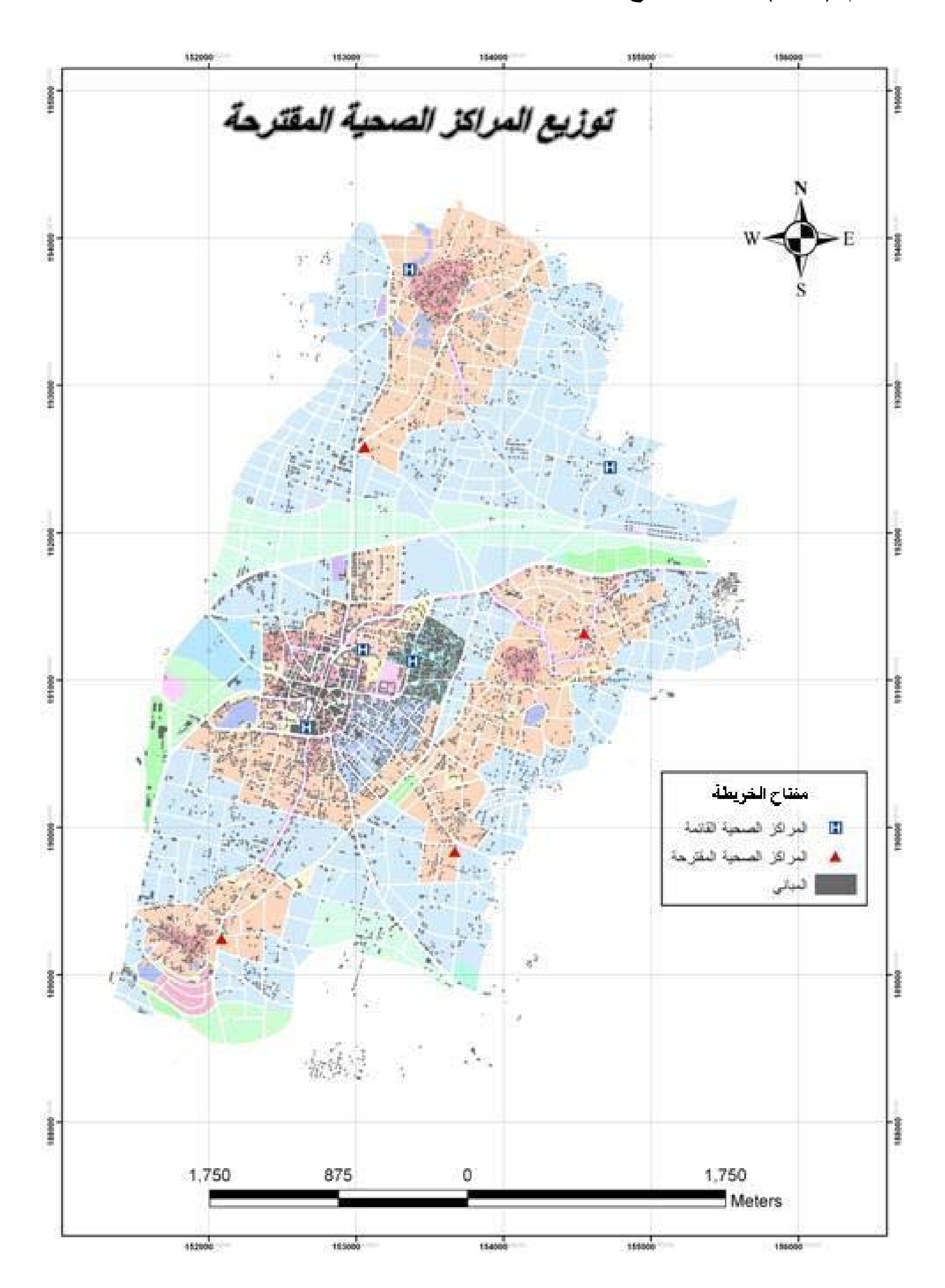
6.5 نتائج المخطط المقترح للتوزيع المكاني للمراكز الصحية وتقيمها:

من خلال الخريطة (5-4) والتي تظهر نطاق تأثير المراكز الصحية المقترحة والقائمة، نجد أن التوزيع المكاني المقترح للمراكز الصحية المقترحة تغطي العجز الحالي القائم بشكل شبة كامل، وتغطي الغالبية العظمى للتجمعات السكنية في منطقة الدراسة.ومن ناحية ثانية فان الأماكن التي تم اقتراحها لإقامة المراكز الصحية تلبي الشروط والمعايير التي تم اعتمادها في هذه الدراسة، والتي أهمها أنها تقع على طرق خدمة، وتتوسط مجاورات سكنية وسهلة الوصول وبعيدة عن مصادر التلوث والضجيج، ومن ناحية أخرى فان هذا المقترح قد اخذ بعين الاعتبار الوضع القائم الحالي للمراكز الصحية.لان التخطيط الصفري في حالتنا الفلسطينية الحالية وضمن الإمكانات الاقتصادية والإدارية المحدودة جدا من الصعب تطبيقه.

من ناحية ثانية فان التوزيع المقترح، قد حدد الأولويات لإقامة المراكز المقترحة على أساس الاعتبارات السكانية، وأعطى الأولوية للمناطق الأكثر كثافة سكانية.

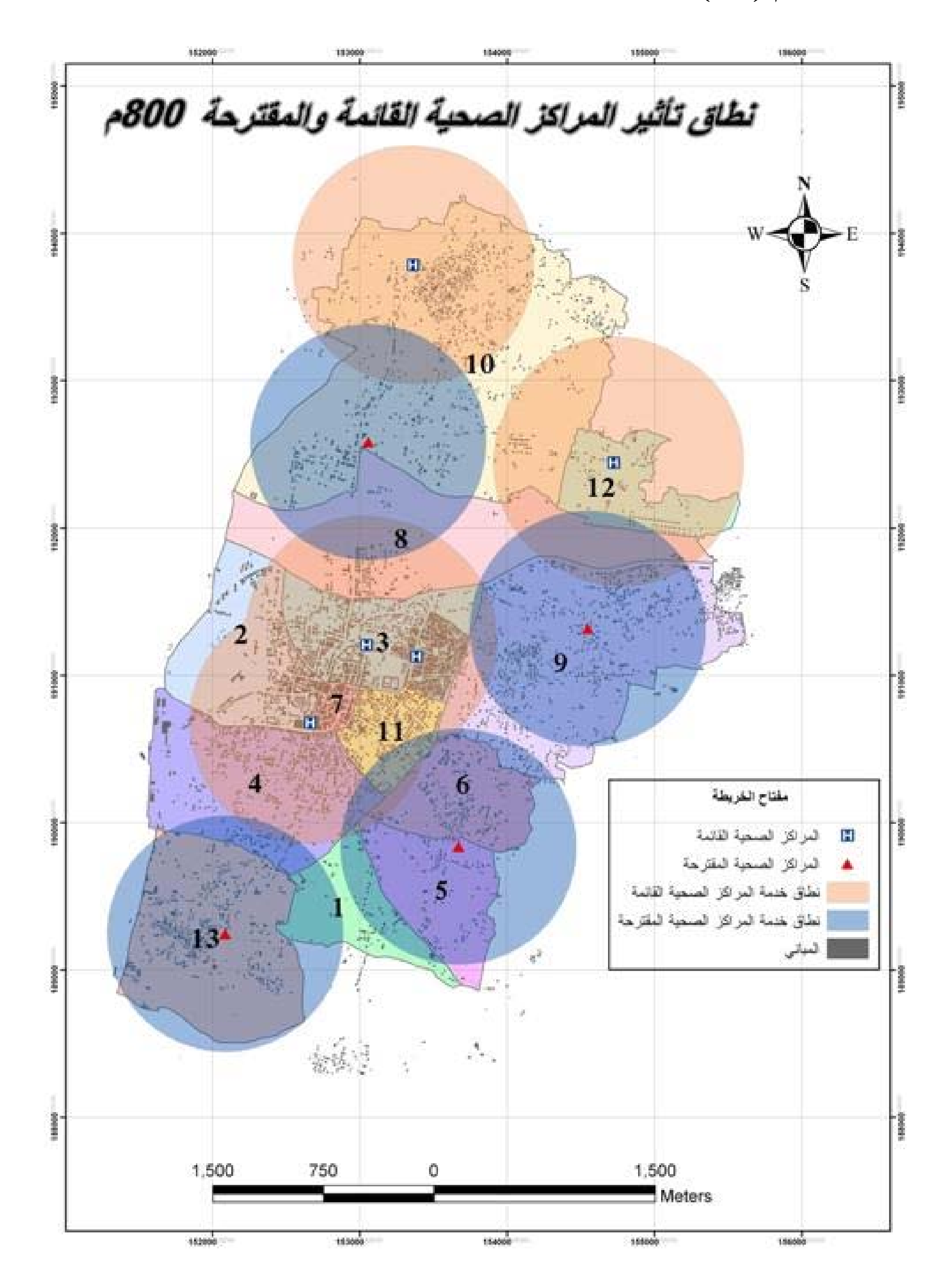
اخذ التوزيع المقترح للمراكز الصحية إمكانية أن يخدم المركز الصحي أكثر من منطقة تخطيطية، كما هو الحال بالنسبة لمقترح المركز الصحي في المنطقة التخطيطية رقم (5).

الخريطة رقم (5−3) تظهر مواقع المراكز الصحية المقترحة .



المصدر: من إعداد الباحث.

الخريطة رقم (4-5) نطاق تأثير المركز الصحية المقترحة وتغطيتها لمناطق النقص.



المصدر: من إعداد الباحث.

7.5 التخطيط لتوزيع الصيدليات في أماكن نقص الخدمة :

استنادا إلى المعايير المتعلقة بالصيدليات، الواردة في الفصل الثاني من هذه الدراسة، ونتائج تحليل الواقع الحالي للصيدليات، التي تم التوصل إليها في الفصل الرابع، والبيانات والمعلومات السكانية والمكانية المتوفرة التي تم الحصول عليها، تم بناء المخطط المقترح، وذلك بهدف تغطية أماكن النقص بالخدمة.والمعايير التخطيطية التي تم الاستناد إليها هي المعايير والشروط الفنية لترخيص الصيدليات حسب وزارة الصحة الفلسطينية، وسيكتفي هنا بإيراد شرطين من الشروط الفنية لترخيص الصيدليات لزوم الدراسة، ويمكن الرجوع لباقي الشروط في الوثيقة المرفقة الواردة بملاحق الدراسة ملحق رقم (4)، ومن الشروط الفنية التي يجب أن تتوفر في الصيدلية ما يأتي:

1- يجب أن لا تقل مساحة الصيدلية عن 32 م2 بدون السدة، وان يرفق مخطط موقع من قبل مهندس مرخص يبين فيه مساحة الصيدلية مع مخطط داخلي للصيدلية.

2- يجب أن تكون الصيدلية بعيدة عن اقرب صيدلية قائمة (مفتوحة)مسافة لا تقل عن 100م هوائي، وان يرفق كتاب من الجهة المعنية يثبت ذلك.

وبناء على تخطيط المجاورة السكنية سيعتمد هنا نطاق تأثير الخدمة للصيدلية 500 متر على أساس تلبية احتياجات السكان، وهذا لا يتعارض مع شروط الترخيص التي تأخذ بعين الاعتبار البعد التجاري.

8.5 تحديد أماكن النقص بالصيدليات في منطقة الدراسة:

إن أماكن النقص التي تم التوصل إليها في التحليل الذي تم في الفصل الرابع من هذه الدراسة، تبينه الخريطة (5-5) والتي تظهر المناطق التخطيطية موضحا عليها الأماكن المأهولة التي تقع خارج نطاق تأثير الخدمة للتوزيع المكاني القائم للصيدليات، من ناحية ثانية فان تحديد الأولويات في التوزيع المقترح استند إلى أماكن النقص التي تقاطع عليها التحليل حسب التوزيع الطبيعي القائم، على حساب مساحة المنطقة التخطيطية، نسبة إلى مساحة منطقة

الدراسة الكلية، والتحليل القائم على عدد السكان في المنطقة التخطيطية، نسبة إلى عدد السكان الكلي في منطقة الدراسة.

على صعيد نطاق التأثير حسب الخريطة (5-5)، نلاحظ من الخريطة أن هناك العديد من المناطق غير مخدومة، وهي المنطقة رقم (12)، والمنطقة رقم (9)، والمنطقة رقم (1)، والجزء الشرقي والغربي من المنطقة رقم (8)، والجزء الجنوبي الغربي من المنطقة رقم (10)، والجزء الغربي من المنطقة رقم (4).ومن خلال التحليل بحسب التوزيع الطبيعي القائم على حساب مساحة المنطقة التخطيطية، نسبة إلى مساحة منطقة الدراسة الكلية تبين لنا من الجدول التالي:

رقم (4-12)أن المناطق (1، 5, 8 , 9, 10 ,12, 13) تعاني من نقص في عدد الصيدليات حسب التوزيع الطبيعي لمساحة القطاع نسبة إلى المساحة الكلية لمنطقة الدراسة، والمناطق الأخرى يوجد بها فائض.

جدول رقم (4-12) يوضح مناطق النقص والزيادة في توزيع الصيدليات حسب التوزيع الطبيعي حسب المساحة

Dist. No.	a	F= 48*a/A	n	s= ((n-F)/F)*100
1	505815	1.760639237	1	-43
2	845197	2.941959019	4	36
3	782721	2.724492757	24	781
4	1216380	4.23397162	5	18
5	621118	2.161985551	0	-100
6	572672	1.993354869	2	0
7	78881	0.274568733	2	628
8	1554023	5.409238296	2	-63
9	1945076	6.770414329	1	-85
10	3474031	12.09239601	1	-92
11	343792	1.196670096	4	234
12	508169	1.768833032	0	-100
13	1342071	4.671476451	2	-57
A=	13789946	N= 48	48	

المصدر: إعداد الباحث.

من خلال التحليل حسب التوزيع الطبيعي القائم حسب عدد السكان في المنطقة التخطيطية، نسبة إلى عدد السكان الكلي في منطقة الدراسة، تبين لنا من الجدول (4-11) أن المناطق التالية (5, 7 , 8 , 9, 10 ,12, 13) تعاني من نقص في عدد الصيدليات حسب التوزيع الطبيعي لعدد السكان والمناطق الأخرى يوجد فيها فائض.

جدول رقم (4-11) يبين مقياس التشتت للصيدليات في القطاعات السكنية حسب التوزيع السكاني

Dist. No.	عدد السكانp	F=N*p/P	n	s= ((n-F)/F)*100
1	740	0.5742	1	74
2	2188	1.697769	4	136
3	18608	14.4388	24	66
4	5537	4.296411	5	16
5	2770	2.14937	0	-100
6	2497	1.937536	2	3
7	4130	3.204656	2	-38
8	2753	2.136178	2	-6
9	7570	5.873909	1	-83
10	6015	4.667313	1	-79
11	3555	2.758487	4	45
12	2644	2.0516	0	-100
13	2853	2.213773	2	-10
P=	61860	N=48	48	

المصدر:إعداد الباحث.

تبين لنا من هذين المعيارين أن المناطق التالية (5, 8, 9, 10, 12, 13) فيها نقص حسب المعيارين السابقين.بناء على ما تقدم فقد وجد أن المناطق التخطيطية التي تخلو من الخدمة وتقاطعت عليها عمليات التحليل السابقة، هي المنطقة رقم (12)، والمنطقة رقم (9)، وبالتالي فهي مناطق ذات أولوية واحتياج للخدمة، تليها بالأولوية المناطق التخطيطية المخدومة جزئيا، والتي تم التقاطع عليها حسب نطاق التأثير وتوزيع السكان المنطقة التخطيطية رقم (8) الجزء الغربي منها، والمنطقة التخطيطية رقم (10)الجزء الجنوبي الغربي والشرقي منها، يليها بالأولوية المناطق التخطيطية رقم (5) ورقم (13)التي تقاطع عليها معيار المساحة وعدد السكان، بعد ذلك تأتي المنطقة التخطيطية رقم (1) التي تقاطع عليها معيار المساحة وعدد السكان.

9.5 أسس التوزيع المقترح للصيدليات في منطقة الدراسة وأولوياتها:

بناء على ما تقدم يمكن بلورة اقتراح مواقع الخدمة للصيدليات حسب الأسس والأولويات التالية:-

1- المناطق التخطيطية التي تخلو من الخدمة وتضم عدداً سكانيا أكثر من غيرها.

2- المناطق التخطيطية المخدومة جزئيا، ويوجد بها مناطق عمرانية غير مخدومة.

3- المناطق التخطيطية بحسب اعتبار المساحة والتجاور لخدمة اكبر عدد ممكن من السكان.

10.5 التوزيع المكاني المقترح للصيدليات:

بناء على ما تقدم فان الأماكن المقترحة للصيدليات وفق أسس التوزيع المكاني وأولوياتها هي التالية:-

1- المنطقة التخطيطية رقم (9) ثلاث صيدليات في المناطق التالية المبينة في الخريطة (5-6).

2- المنطقة التخطيطية رقم (12) صيدلية في المنطقة المبينة في الخريطة (5-6).

3- المنطقة التخطيطية رقم (10) ثلاث صيدليات في المناطق المبينة في الخريطة (5-6).

4- المنطقة التخطيطية رقم (5) صيدلية في المنطقة المجاورة للمنطقة التخطيطية رقم (1)المبينة في الخريطة (5-6).

5- المنطقة التخطيطية رقم (4) صيدلية في المنطقة المبينة في الخريطة (5-6).

من خلال تطبيق نطاق تأثير الخدمة للصيدليات المقترحة حسب المعيار الذي تم اعتماده، كانت النتائج كالتالي بحسب ما هو مبين في الخريطة (5-7) والتي تبين نطاق التأثير للصيدليات المقترحة والصيدليات القائمة:

- الصيدليات الثلاث المقترحة في المنطقة التخطيطية رقم (9)، غطت التجمعات السكانية في هذه المنطقة، وغطت المساحة الشرقية من المنطقة التخطيطية رقم (8) وحسب ما هو مبين في الخريطة (5-7) فان نسبة تقاطع دوائر نطاق التأثير هو قليل وهذا مناسب.

- الصيدلية المقترحة في المنطقة التخطيطية رقم (12)، غطت المنطقة بشكل كامل تقريبا وغطت

جزءاً من المنطقة التخطيطية رقم (8) وهذا مناسب.

- الصيدليات المقترحة في المنطقة التخطيطية رقم (10)غطت غالبية التجمعات السكانية في هذه

المنطقة ونسبة تقاطعها قليلة كما هو مبين في الخريطة (5-7).

- الصيدلية المقترحة في المنطقة التخطيطية رقم (5)، غطت التجمعات السكانية في المنطقة، وأيضا غطت نسبة واسعة من التجمعات السكانية في المنطقة التخطيطية رقم (1)، ونسبة تقاطعها مع دوائر التأثير الأخرى قليلة كما هو مبين في الخريطة (5-7) وهذا مناسب.

- الصيدلية المقترحة في المنطقة التخطيطية رقم (4)، غطت التجمع السكاني غير المخدوم في هذه المنطقة، ونسبة تقاطعها مع دوائر نطاق التأثير الأخرى قليلة كما هو مبين في الخريطة (5-7) وهذا مناسب.

- بخصوص المنطقة التخطيطية رقم (8)الجزء غير المغطى منها في الوسط، هو منطقة صناعية عبارة عن محاجر ومصانع طوب، والجزء الغربي منها غير المغطى هو منطقة زراعية غير مأهولة بالسكان كما هو مبين في الخريطة (5-7).

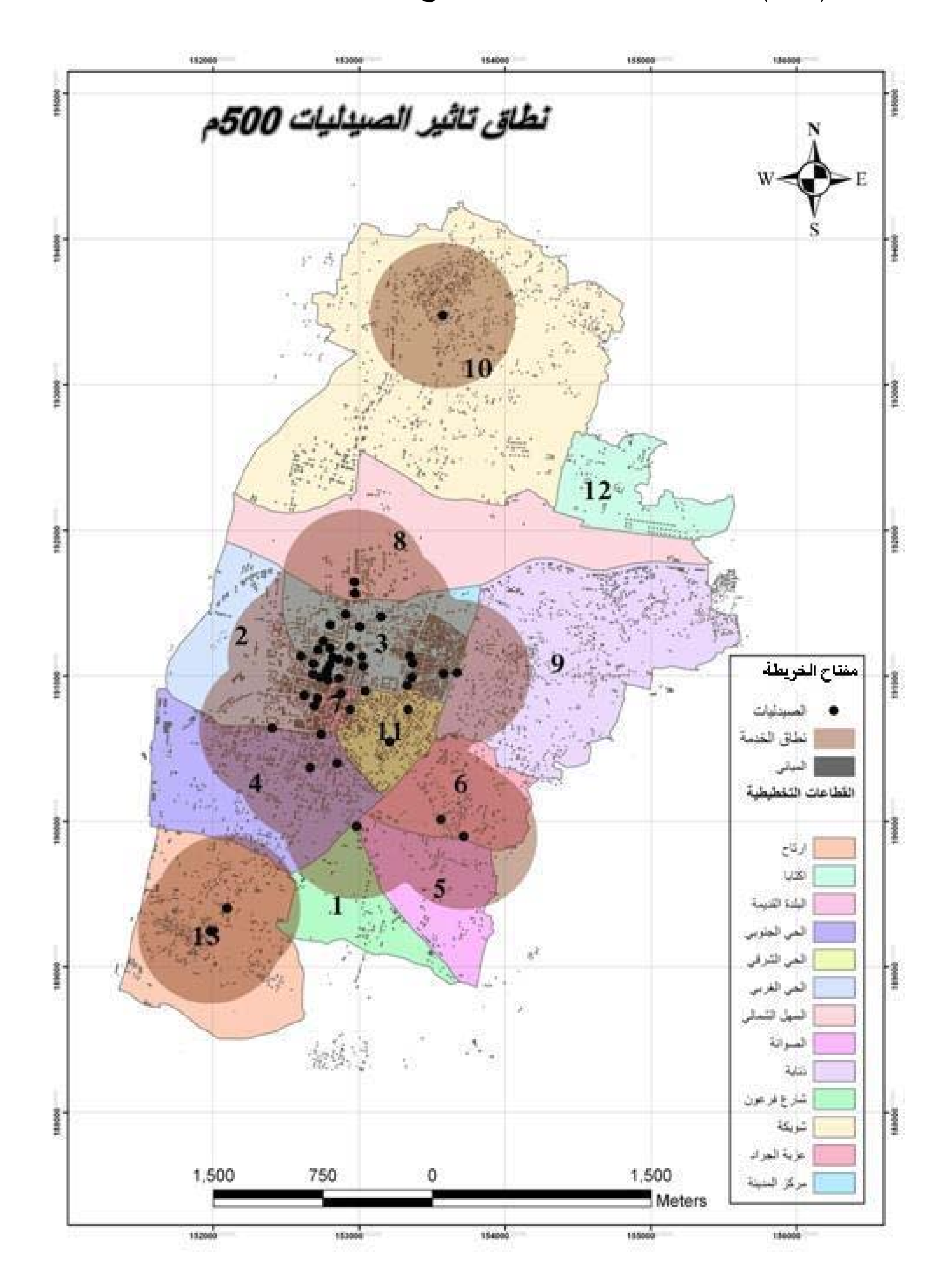
11.5 نتائج المخطط المقترح للتوزيع المكاني للصيدليات وتقيمها:

من خلال الخريطة (5-7) التي تبين نطاق تأثير الخدمة للصيدليات المقترحة والقائمة، يتبين لنا أن التوزيع المقترح للصيدليات قد غطى العجز القائم بالتوزيع الحالي، وان الغالبية العظمى للتجمعات السكانية في منطقة الدراسة تم تغطيتها بأقل عدد ممكن من الصيدليات، حيث أن نسبة التقاطع للصيدليات المقترحة كانت قليلة جدا وهذا مناسب.

إن كافة الصيدليات المقترحة تقع على طرق خدمة وسهلة الوصول.من ناحية أخرى فان التباعد بين الصيدليات المقترحة يتوافق مع معايير وزارة الصحة الفلسطينية وهي 100متربعد كل صيدلية عن الأخرى على الأقل.

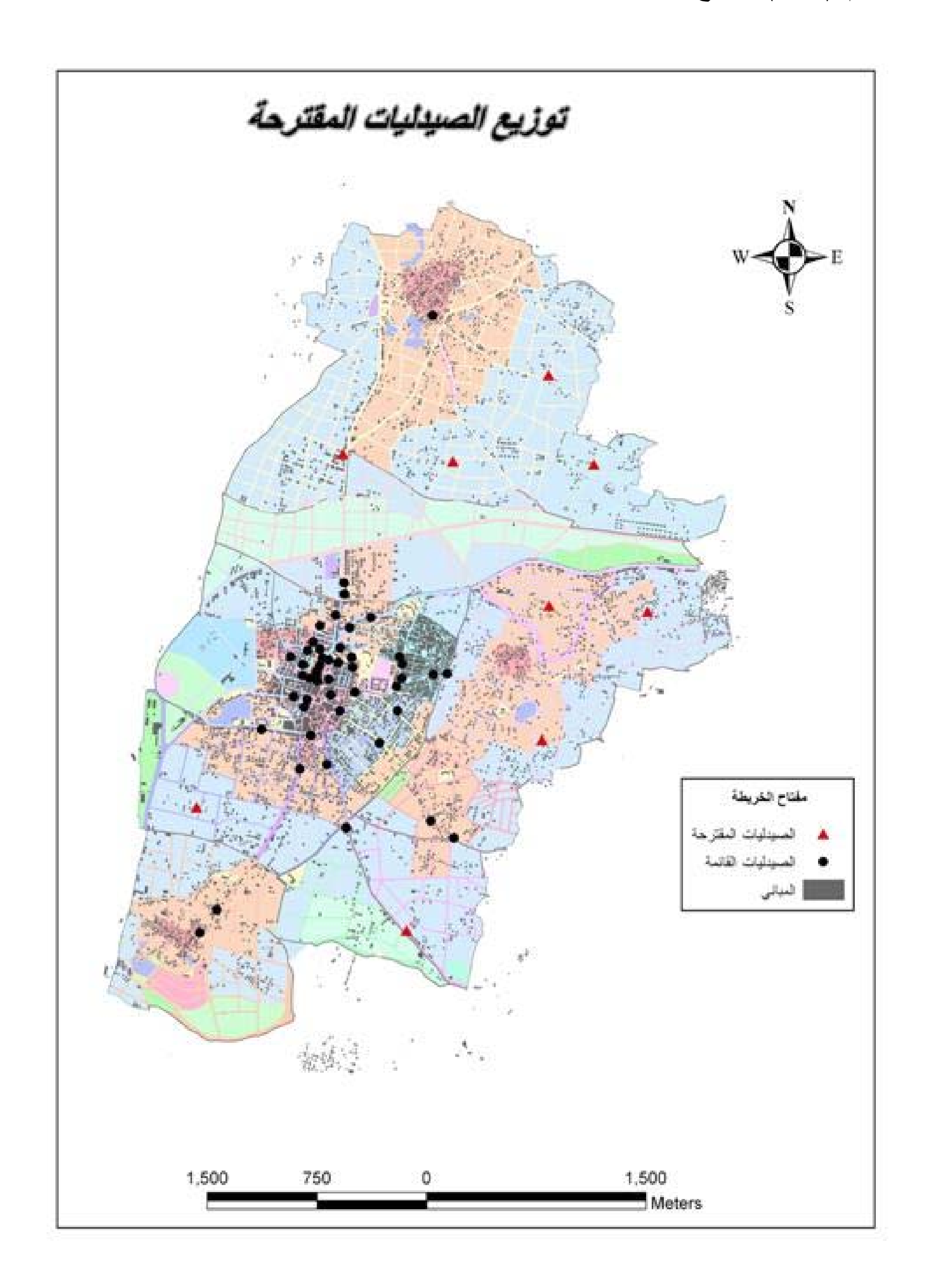
أخذ التوزيع المقترح للصيدليات، بالاعتبار أن يكون موقع الصيدلية في مراكز التجمعات السكانية ليخدم اكبر عدد ممكن من السكان.

الخريطة (5-5) المناطق المأهولة بالسكان خارج نطاق تأثير خدمة الصيدليات.



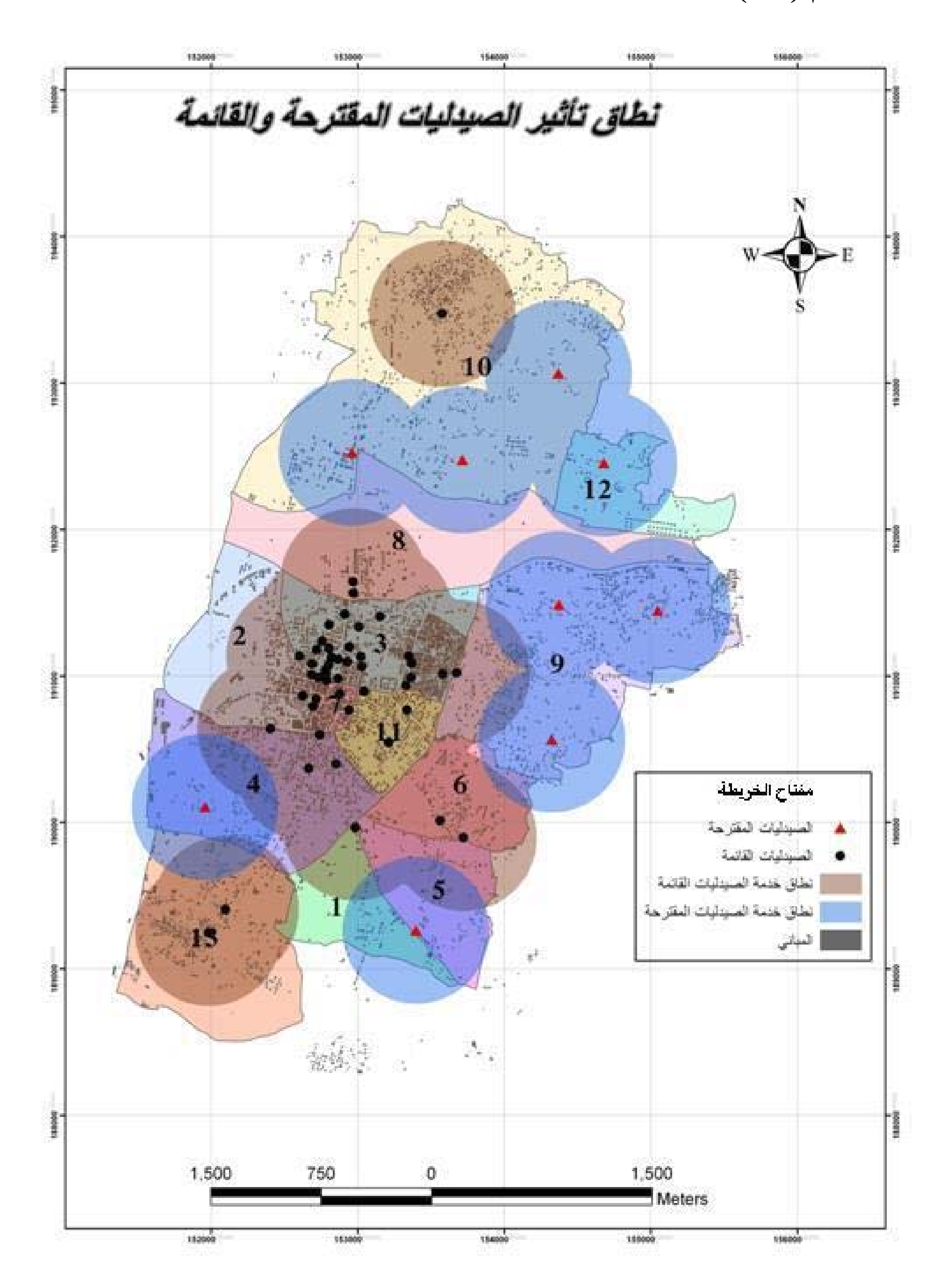
المصدر: إعداد الباحث.

خريطة رقم (5-6) مواقع الصيدليات المقترحة.



المصدر: من إعداد الباحث.

خريطة رقم (5-7) نطاق التأثير للصيدليات المقترحة والقائمة



المصدر: إعداد الباحث.

الفصل السادس

النتائج والتوصيات

1-6 النتائج.

1.1.6 النتائج المتعلقة بالمستشفيات ومراكز الرعاية الصحية الأولية.

2.1.6 النتائج المتعلقة بالصيدليات.

2.6 التوصيات.

1.2.6 التوصيات المتعلقة بالمستشفيات ومراكز الرعاية الصحية الأولية.

3.6 التوصيات المتعلقة بالصيدليات.

الفصل السادس

النتائج والتوصيات

1.6 النتائج: في ضوء التحليل الذي تم في الفصول تم الخروج بالنتائج التالية:

1.1.6 النتائج المتعلقة بالمستشفيات ومراكز الرعاية الصحية الأولية:

أ- المستشفيات الحكومية:

- مستشفى طولكرم الحكومي.

- حالة البناء جيدة وتصميم مبنى المستشفى يحقق التهوية الطبيعية الجيدة، بما يحقق الاعتبارات المطلوبة والمرغوبة.

- بخصوص نصيب السرير الواحد من مساحة الموقع فإن هناك نقص في مساحة المستشفى.

- عدد الأسرة لايحقق المعيار بالنسبة للمساحة وعدد السكان المخدومين.

- مدخل الطوارئ لمستشفى طولكرم الحكومي يقع على طريق يعاني من الاختناقات والمرور المكثف مما يشكل إعاقة لسيارات الإسعاف.

- هناك نقص في مواقف السيارات المتوفرة في المستشفى.

- المساحات الخضراء غير متوفرة بالمستشفى.

ب-النتائج المتعلقة بالمستشفيات الأهلية:

1- مستشفى الهلال الأحمر:

- حالة البناء مقبولة لكن تصميم مبنى المستشفى لا يحقق المعاير والاعتبارات المطلوبة والمرغوبة للمستشفيات.

- موقع المستشفى بجانب المستشفى الحكومي يعتبر تكرار للخدمة في نفس الموقع.

- مدخل المستشفى يقع على طريق يعاني من الاختناقات والمرور المكثف مما يشكل إعاقة لسيارات الإسعاف.

- لايوجد مواقف للسيارات في المستشفى.

- المساحات الخضراء غير متوفرة بالمستشفى.

2- مستشفى الزكاة:

- حالة البناء جيدة وتصميم مبنى المستشفى مناسب يحقق التهوية الطبيعية الجيدة ويحقق المعايير و الاعتبارات المطلوبة والمرغوبة للمستشفيات.

- موقع المستشفى مناسب يقع في منطقة سكنية وترفيهية ويحقق المعايير والاعتبارات المطلوبة والمرغوبة للمستشفيات.

- مدخل المستشفى يقع على طريق خدمة رئيسية مناسب لا يعاني من اختناقات المرور ويتفق مع المعايير المطلوبة.

- تتوفر مواقف للسيارات في المستشفى تتفق والمعايير المطلوبة.

- المساحات الخضراء غير متوفرة بالمستشفى.

ب- مراكز الرعاية الصحية الأولية:

- وجود ضغط على الخدمة في مركز مديرية صحة طولكرم /العيادة الشمالية بسبب الحجم الكبير للسكان المخدومين من خلال هذا المركز.

– وجود ضغط على الخدمة في مركز مديرية صحة طولكرم / العيادة الجنوبية من حيث عدد السكان المخدومين بالإضافة إلى وجود المركز الإداري لوزارة الصحة في المحافظة ضمن هذا المركز.

– بالنسبة لمركز الرعاية الصحية الأولية في مخيم طولكرم التابع لوكالة الغوث (UNRWA) فهو يعاني من ضغط شديد على الخدمة حيث تغطي خدماته سكان مخيم طولكرم البالغ عددهم 10560 نسمة إضافة إلى اللاجئين القاطنين خارج المخيم الذين يحملون تامين (UNRWA).

– باقي المراكز الصحية تعاني بشكل أقل من حيث الضغط على الخدمة.

– تعاني المراكز الصحية من نقص في المساحة.

– نظام الأرشفة المستخدم لازال يدويا وقاعدة البيانات لاتوفر الحد الأدنى لإمكانية التخطيط المستقبلي.

2.1.6 النتائج المتعلقة بالصيدليات:

– عدد الصيدليات في منطقة الدراسة 48 صيدلية، مجموع مساحتها 2029.5 م2.

– حالة مباني الصيدليات جيدة في منطقة الدراسة ومستوفية لشروط ومعايير وزارة الصحة الفلسطينية وتخضع لرقابتها.

– غالبية الصيدليات في منطقة الدراسة متركزة في المركز التجاري لمدينة طولكرم.

– نمط توزيع الصيدليات في منطقة الدراسة هو شكل متجمع إلى حد كبير جدا. مما يؤكد أن هناك تركز للخدمة في بعض المناطق و أن هناك مناطق غير مخدومة.

2.6 التوصيات :

في ضوء النتائج المذكورة فان الدراسة توصي بما يلي:

1.2.6 التوصيات المتعلقة بالمستشفيات ومراكز الرعاية الصحية الأولية:

أ- المستشفيات الحكومية:

- **مستشفى طولكرم الحكومي:**

- ضرورة إنشاء مستشفى عام آخر يخفف الضغط على المستشفى الحالي ويخدم سكان المدينة والضواحي ومحافظة طولكرم.

- ضرورة إقامة مركز طوارئ في مركز المنطقة الشمالية لمحافظة طولكرم ذات الكثافة السكانية العالية لتخفيف الضغط على مستشفى طولكرم الحكومي.

- ضرورة إعادة تنظيم السير في المنطقة المحيطة بالمستشفى لحل أزمة المرور التي تعيق سهولة الوصول للمستشفى وخاصة أمام قسم الطوارئ وبما يساهم في حل أزمة مواقف السيارات للمستشفى.

ب- المستشفيات الأهلية:

- **مستشفى الهلال الأحمر:**

- ضرورة إعادة تنظيم السير في المنطقة المحيطة بالمستشفى لحل أزمة المرور التي تعيق سهولة الوصول للمستشفى.

- العمل على فصل مقر جمعية الهلال الأحمر الإداري ومرافقها الأخرى غير المتعلقة بالمستشفى إلى موقع آخر لإتاحة المجال لتوسعة المستشفى.

- **مستشفى الزكاة:**

- العمل على تطوير خدمات المستشفى لتشمل تخصصات حيوية تنقص محافظة طولكرم مثل عمليات الجراحة المتعلقة بأمراض القلب.

- تزويد المستشفى بإمكانات وأجهزة متطورة تحتاجها المحافظة مثل أجهزة الرنين المغناطيسي.

ج- مراكز الرعاية الصحية الأولية:

- إقامة أربع مراكز رعاية صحية أولية في منطقة الدراسة وذلك لسد الحاجة في مناطق العجز.

- إقامة مركز إداري لوزارة الصحة في المحافظة خارج مركز الرعاية الصحية /الجنوبية لتخفيف الضغط على المركز الصحي.

- ضرورة زيادة الكادر الطبي في مراكز الرعاية الصحية الأولية لتخفيف الضغط على المراكز وتقديم خدمة أفضل للمواطن.

- العمل على تطوير مراكز الرعاية الصحية الأولية القائمة من النواحي العمرانية والطبية الفنية وتزويدها بأجهزة طبية حديثة.

- العمل على تطوير وحوسبة نظام الإدارة وتحديث قاعدة البيانات المتعلقة بالمراكز الصحية.

3.6 التوصيات المتعلقة بالصيدليات:

- تشجيع إقامة تسعة صيدليات لتلبية احتياجات المناطق والتجمعات غير المخدومة في منطقة الدراسة.

- ترشيد منح التراخيص للصيدليات الجديدة في المناطق المكتظة بالصيدليات مثل المنطقة التخطيطية رقم (3) وذلك لتشجيع فتح الصيدليات في مناطق الحاجة للخدمة بما يحقق توزيع مكاني أكثر كفاءة من القائم حاليا.

- تطوير قاعدة البيانات المتعلقة بالصيدليات لدى وزارة الصحة وذلك لتسهيل المتابعة والإشراف حيث أن الأرشيف الموجود يدوي ولا يحقق الحد الأدنى المطلوب للتخطيط المستقبلي.

المراجع

المراجع العربية

المراجع الأجنبية

المراجع

المراجع العربية:

بلدية طولكرم، **قسم التنظيم والبناء**، بيانات غير منشورة، الأرشيف، 2008.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **دليل التجمعات السكانية**– محافظة طولكرم:المجلد الثالث، رام الله– فلسطين. 2000.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، **التعداد العام للسكان**، والمساكن، والمنشآت2007، بيانات غير منشورة. 2008.

حسين، علي، **قصة مدينة طولكرم**، سلسلة المدن الفلسطينية رقم 14، المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، دائرة الثقافة بمنظمة التحرير الفلسطينية، 1991.

خمار، قسطنتين، **جغرافية فلسطين المصورة**، المكتب التجاري، بيروت، 1960.

الدباغ، مصطفى، **بلادنا فلسطين**، دار الطليعة للطباعة والنشر، بيروت، 1971.

الشريعي، احمد: **دراسات في جغرافية العمران**.القاهرة، 1995.

الصقار، فؤاد، **التخطيط الإقليمي**، منشاة المعارف، ط1، الإسكندرية، 1994م.

عبد الحميد، علي:**محاضرات مبادئ التخطيط** ، جامعة النجاح الوطنية، نابلس. 2007.

عبد العليم، رمسيس جمعة، **التخطيط الصحي لمجتمع الاشتراكية والتنمية**، القومية للطباعة

العشاوي، عبد الحكيم:**مدينة صنعاء تركيبها الداخلي وعلاقتها الإقليمية**.صنعاء:مركز عبادي الجوهر، 1998.

"علي احمد"، سامر حاتم رشدي: **التخطيط المكاني للخدمات الصحية في منطقة ضواحي القدس الشرقية باستخدام تقنيات نظم المعلومات الجغرافية ((GIS.)** رسالة ماجستير غير منشورة، قسم التخطيط الحضري والإقليمي– جامعة النجاح الوطنية، 2003.

علام، احمد خالد: **تخطيط المدن**، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، 1983.

علام، احمد خالد، التخطيط الإقليمي، مطبعة النهضة العربية، القاهرة، 1982.

عنايا، نضال رفعت احمد: **توزيع وتخطيط الخدمات العامة في مدينة قلقيلية بالاستعانة بنظم المعلومات الجغرافية (GIS)**.رسالة ماجستير غير منشورة، قسم التخطيط الحضري والإقليمي- جامعة النجاح الوطنية، 2004.

غنيم، عثمان محمد:**التخطيط أسس ومبادئ**.عمان:دار الصفاء، 2001.

مديرية غوث وتشغيل اللاجئين، مخيم طولكرم، بيانات غير منشورة، الأرشيف، 2008.

مديرية وزارة الصحة الفلسطينية، طولكرم، بيانات غير منشورة، الأرشيف، 2008.

مساد، سونيا ظاهر عمر: **استراتيجيات تطوير وتخطيط الخدمات الصحية في مدينة جنين في ضوء التطور العمراني للمدينة**. رسالة ماجستير غير منشورة، قسم التخطيط الحضري والإقليمي- جامعة النجاح الوطنية، 2003.

الموسوعة الفلسطينية، المجلد الثالث، الطبعة الأولى، دمشق، 1984.

المومني، صدقي:**التخطيط الإقليمي وأثرة على الأداء الكلي للمرافق والخدمات العامة:دراسة تحليلية للمرافق الصحية في محافظة الطفيلة**.مؤتة للبحوث والدراسات، العدد السادس.عمان.1994.

نقابة الصيادلة الفلسطينية، مركز القدس، **الشروط المطلوبة لفتح مؤسسة صيدلانية**، بيانات منشورة، 2008.والنشر.القاهرة، 1966.

(ب) وزارة الشؤون البلدية والقروية، **دليل المعايير التخطيطية للخدمات**، الرياض، الطبعة الأولى، 2005.

(أ) وزارة الشؤون البلدية والقروية، **دليل تخطيط مراكز الأحياء والمجاورات السكنية الرياض**، الطبعة الأولى، 2005.

المراجع الأجنبية

References

1.Chapin, F.shuart & Others: **Urban land Use Planning**,Uuniversityof Illinois,1995.

2.Chan and Easa: **Urban Planning and Development Applications of GIS** ,Reston,Virginia,1999.

3.Mahrok,A.R, **Physical Planning System and the Physical Spatial Structure of the Human Settlement**. Unpublished Ph.D. thesis, The mach. school of Arch., Glasgow University. December 1995.

الملاحق

ملحق رقم (1) استمارة مسح المراكز الصحية في منطقة الدراسة

ملحق رقم (2) استمارة مسح الصيدليات في منطقة الدراسة

ملحق رقم (3) كتاب رد على طلب بيانات من الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني بخصوص عدد السكان في مناطق العد في منطقة الدراسة

ملحق رقم (4) شروط وزارة الصحة الفلسطينية لترخيص الصيدليات

ملحق رقم (5) شروط ترخيص الصيدليات الخاصة حسب القانون الفلسطيني

ملحق رقم (1)

استمارة مسح المراكز الصحية في منطقة الدراسة

ملحق رقم (1)

استمارة المراكز الصحية

لاستعمال الباحث

1- رقم الاستمارة

2- رقم المركز الطبي

3- رقم المبنى

4- اسم التجمع

5- رقم التجمع

6- اسم جامع البيانات

أولا : البيانات التعريفية :-

1- اسم المركز الطبي

2- اسم مدير المركز الطبي

3- رقم الهاتف

4- رقم الفاكس

5- الجهة المشرفة على المركز الطبي

6- العنوان على الشبكة

ثانيا : البيانات الجغرافية :-

1- اسم التجمع السكني

2- اسم الحي

3- اسم الشارع

4- رقم الشارع

5- اسم المبنى

6- رقم المبنى

ثالثا : البيانات العمرانية :-

1- نوع البناء

2- عدد الطوابق

3- مساحة المركز

4- عدد الغرف

5- ملكية المبنى

6- تاريخ إنشاء المبنى

7- حالة البناء

8- إمكانية توسيع المبنى المساحة المضافة عدد الغرف

9- مساحة البناء

رابعا البيانات الصحية :-

1- الصفة التخصصية للمركز

2- عدد العيادات التخصصية في المركز

3- عدد الأسرة

4- عدد الموظفين الإداريين

5- عدد موظفي الخدمات

6- أطباء عامون

7- أطباء باطني

8- أطباء أطفال

9- أطباء جلدية

10- أطباء مسالك بولية

11- أطباء نسائية

12- أطباء عظام

13- أطباء عيون

14- أطباء انف وإذن وحنجرة

15- أطباء أعصاب

- المختبر إذا كان موجود

1- هل يعمل

2- عدد أخصائي المختبر

3- عدد فني المختبر

-قسم الأشعة إذا كان موجود

1-هل يعمل

2-عدد فنيي الأشعة

3-عدد أخصائيي الأشعة

- الصيدلية إن وجدت

1- عدد الصيادلة

- عدد الممرضين

-عدد القابلات

- سيارات الإسعاف إن وجدت

1- عددها

2- عدد العاملين عليها

3- مؤمنة

4- مرخصة

- هل يوجد بالمركز طوارئ وإسعاف قدرته الاستيعابية اليومية

- هل يقدم المركز خدمة رعاية الأمومة والطفولة

- هل يقدم المركز خدمات أخرى غير المذكورة بالاستمارة

- التامين الصحي

1- عدد المؤمنين المسجلين بالمركز

2- هل يتعامل المركز مع مؤسسات التامين الحكومي الفلسطيني

3- هل يتعامل المركز مع مؤسسات التامين الخاص الفلسطيني

خامسا :- طاقة المركز الاستيعابية

1 - عدد الحالات التي تراجع المركز يوميا من المرضى وطالبي الخدمة

2 - عدد الآسرة الحالي

3 - عدد الآسرة التي من الممكن إن يستوعبها المركز

4 - عدد الأقسام

5 - عدد غرف العمليات

6 - الأجهزة الموجودة بالمركز و غير المشغلة

7- قسم الصيانة موجود أم لا وكيف تتم الصيانة إذا لم يكن موجودا

8- التخصصات التي يحتاجها المركز وغير المتوفرة

الباحث

ملحق رقم (2)

استمارة مسح الصيدليات في منطقة الدراسة

استمارة الصيدليات

لاستعمال الباحث :

1- رقم الاستمارة

2- رقم الصيدلية

3- رقم المبنى

4- اسم التجمع

5- رقم التجمع

اسم جامع البيانات

أولا : البيانات التعريفية :-

1- اسم الصيدلية

2- اسم الصيدلي المسئول

3- رقم الهاتف

4- رقم الفاكس

5- رقم الجوال

6- العنوان على الشبكة

ثانيا : البيانات الجغرافية :

اسم التجمع السكني

1- اسم الحي

2- اسم الشارع

3- رقم الشارع

4- اسم المبنى

5- رقم المبنى

ثالثا : البيانات العمرانية :

1- نوع البناء

2- مساحة الصيدلية

3- عدد الغرف

4- ملكية المبنى

5- تاريخ إنشاء المبنى

6- حالة البناء

رابعا البيانات الصحية :

1- هل تتعامل مع التامين الصحي الحكومي

2- هل تتعامل مع التامين الخاص الفلسطيني

3- عدد الصيادلة العاملين بالصيدلية

4- عدد مساعدي الصيادلة

الباحث

ملحق رقم (3)

كتاب رد على طلب بيانات من الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني بخصوص عدد السكان في مناطق العد في منطقة الدراسة



بسم الله الرحمن الرحيم

السلطة الوطنية الفلسطينية
الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني

Palestinian National Authority
Palestinian Central Bureau of Statistics

الإشارة: 09/2008/ 496

2008/09/25

حضرة الأخ سليم اشتية المحترم،
جامعة النجاح الوطنية
نابلس – فلسطين

الموضوع: رد على طلب بيانات

تحية طيبة وبعد،

يتوجه الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني بالشكر الجزيل لكم، ويثمن جهودكم عاليا في مجال التواصل مع الجهاز واعتماد البيانات الصادرة كمرجعية للرقم الفلسطيني الرسمي.

مرفق لحضرتك البيانات المطلوبة بخصوص عدد السكان في مناطق عد تجمع طولكرم، 2007.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

سفيان أبو حرب
مدير عام أنظمة المعلومات والحاسوب

للمراسلات: ص.ب: 1647، رام الله، فلسطين — For Corr.: P.O.Box 1647, Ramallah - Palestine
هاتف: Tel. : 02-2406340
فاكس: Fax : 02-2406343
بريد الكتروني: E-mail: diwan@pcbs.gov.ps
صفحة الكترونية: Web Site: http://www.pcbs.gov.ps

ملحق رقم (4)

شروط وزارة الصحة الفلسطينية لترخيص الصيدليات

بسم الله الرحمن الرحيم

Palestinian National Authority		السلطة الوطنية الفلسطينية
Ministry Of Health		وزارة الصحة
General Administration of Pharmacy		الإدارة العامة للصيدلة

شروط فتح صيدلية

اسم الصيدلية .... عنوانها: ....

اسم الصيدلي المسؤول .... هاتف: ....

يجب ان تتوفر في الصيدلية الشروط الفنية التالية :-

١- يجب ان لا تقل مساحة الصيدلية عن ٢٠م٢ بدون [illegible]، وان يرفق مخطط موقع من قبل مهندس مرخص يبين فيه مساحة الصيدلية مع مخطط داخلي للصيدلية.

٢- يجب ان تكون الصيدلية بعيدة عن اقرب صيدلية قائمة مفتوحة مسافة لا تقل عن [illegible] م هوائي، وان يرفق كتاب من الجهة المعنية يثبت ذلك.

٣- يجب ان تحتوي الصيدلية على ما يلي:

[illegible]

- المختبر

- القسم المستودع

٤- ميزان حساس بغطاء زجاجي [illegible] مع اوزان كاملة [illegible]

٥- ميزان عادي [illegible]

٦- ثلاجة [illegible] ميزان حرارة للثلاجة

٧- طاولة تحضير جيدة

٨- سجل وصفات طبية [illegible] مختومة من مديرية الصحة

٩- سجل [illegible] مختومة [illegible] مديرية الصحة

١٠- لوح زجاجي [illegible] حوالي ٥٠سم×٥٠سم [illegible]

١١- هاون "Mortar + Pistle" عدد ٢ باحجام مختلفة

١٢- قضيب زجاجي للتحريك "Stirring Rod"

١٣- مخبار مدرج Graduated Cylinder عدد ٣ باحجام [illegible]

١٤- قمع

١٥- ملاعق "Spatulas" عدد ٣ واحدة منها بلاستيك

RAMALLAH, 02-2954897/8 رام الله - الصيدلية [illegible] 02-2954897/8

ملحق رقم (5)

شروط ترخيص الصيدليات الخاصة حسب نقابة الصيادلة الفلسطينية

1- لايجوز الترخيص بفتح صيدلية خاصة إلا للمستشفيات أو المراكز الحكومية أو المراكز الصحية التابعة للجمعيات الخيرية.

2- لترخيص الصيدلية الخاصة يشترط ما يلي:

- أن تكون داخل مبنى الجهة التي حصلت على الترخيص وغير متصلة بالطريق العام.
- أن تتوافر فيها الشروط الفنية المقررة للصيدليات العامة ما عدا شرط المسافة
- أن يقتصر صرف الأدوية فيها على المرضى المعالجين فيها على النحو التالي:

* المقيمون في المستشفيات الحكومية.

* المقيمون في المستشفيات الخاصة مقابل السعر الرسمي المقرر.

* حملة البطاقات الخاصة بالفقراء والمستفيدين من المراكز الصحية التابعة للجمعيات الخيرية، التي تقدم الدواء مجانا أن تختم الأدوية بختم الجمعية.

3- يتوجب إدارة الصيدلية الخاصة من قبل صيدلي مسؤول ولا يسمح بصرف الأدوية فيها إلا من قبل الصيادلة المرخصين العاملين فيها طيلة ساعات دوام الصيدلية.

An-Najah National University
Faculty of Graduate studies

Spatial Planning of Health Services in Tulkarem City and its Suburbs using the Geographic Information Systems (GIS)

Prepared by
Salim Ahmad Salim Staiti

Supervised by
Dr. Ali Abdelhamid
Dr. Ahmed Rafat Ghodieh

Submitted in partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Urban and Regional Planning, at An-Najah National University, Nablus, Palestine.

2009

Spatial Planning of Health Services in Tulkarem City and its Suburbs using the Geographic Information Systems (GIS)

Prepared By
Salim Ahmed Salim Staiti

Supervision
Dr. Ali Abdelhamid
Dr. Ahmed Rafat Ghodieh

Abstract

Most Palestinian cities face a number of problems and challenges in terms of the poor distribution of public services in general and the health services in particular, and also their concentration in center of cities and non-observance of planning standards in the distribution of services to cope with population growth and urban expansion and the needs of the population of these services.

This study was to address the issue of spatial planning of health services in the city of Tulkarem and its suburbs using the techniques of geographic information systems (GIS). The main objective of this study is to analyze the current spatial distribution of health services and their suitability for spatial planning standards that meets the needs of the community in the city of Tulkarem and its suburbs, as well as providing a proposal for a better spatial distribution and efficient health services in the study area that could help stakeholders and decision makers to take appropriate steps to develop this vital service.

The methodology of study followed the descriptive and analytical approach based on the results of the census carried out by the Palestinian Central Bureau of Statistics in 2007, and the results of a comprehensive field survey carried out by the author for public health services, hospitals and health centers, including the health center of the UNRWA in the refugee camp of Tulkarem and pharmacies in the study area, in addition to the

current structural plan of the city as a basis to identify planning areas, and calculating the area and the population distribution.

The analysis and evaluation of the current spatial distribution of health services was undertaken by comparing the standards of planning for health services in some neighboring countries, and through the use of neighborhood links and the scope of service and the impact of natural distribution of area and population.

The results of the analysis showed that the health services, especially with regard to primary health care centers and pharmacies in the study area suffer from poor and inadequate distribution, causing pressure on the service and adversely affect the level of health of the population. The study identified the places that lack these services, and provided a planning proposal for the establishment of four health centers and a proposal for the establishment of nine new pharmacies in the study area in specific locations using the applications of geographic information systems (GIS).

The study recommended a number of recommendations, the most important was the establishment of a general hospital in the region, since the existing governmental general hospital in Tulkarem City is the only hospital in the governorate of Tulkarem, which is not subject to horizontal expansion in accordance with the planning standards and suffering from the pressure of service by up to approximately twice the currently available capabilities. In addition, the study recommended the necessity of the development of these centers in terms of their physical, administrative, human needs, and technical and medical equipment to ease pressure on the centers and provide better service to citizens.

The study also recommended the rationalization of the licensing of new pharmacies in areas with a large number of pharmacies, in order to promote the opening of pharmacies in areas of need for service and to achieve more efficient spatial distribution.

Finally, the study recommended the development of the database on pharmacies in the Ministry of Health in order to facilitate follow-up, supervision and planning, where the existing archive is primitive and dose not achieve the minimum required level for future planning